Documente medicale necesare pentru frecventarea grupelor mici in anul scolar 2018-2019 sunt :

1) adeverință medicală pentru înscrierea în colectivitate, conform anexei nr. 1

2) aviz epidemiologic pentru (re)intrare în colectivitate, conform anexei nr. 2

Potrivit Ordinului nr. 1002/5057/2015 privind modificarea și completarea anexei la Ordinul ministrului educației, cercetării, tineretului și sportului și al ministrului sănătății nr. 5.298/1.668/2011 pentru aprobarea Metodologiei privind examinarea stării de sănătate a preșcolarilor și elevilor din unitățile de învățământ de stat și particulare autorizate/acreditate, privind acordarea asistenței medicale gratuite și pentru promovarea unui stil de viață sănătos.

Documente medicale necesare pentru frecventarea grupelor mijlocii si mari in anul scolar 2018-2019 sunt:

1) aviz epidemiologic pentru (re)intrare în colectivitate, conform anexei nr. 2

ANEXA Nr. 1
(Anexa nr. 1 la anexa nr. 3 la metodologie)

Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea .....
(denumirea, adresa, telefonul)

ADEVERINȚĂ MEDICALĂ PENTRU ÎNSCRIEREA ÎN COLECTIVITATE

Numele și prenumele: ....., sexul: ....., vârsta: .....
Adresa (strada nr., orașul, județul/sectorul): .....
.....
Instituția la care dorește să se înscrie (școala, liceul, grădinița, creșa):
.....
Numele și prenumele părintelui/tutorelui legal instituit .....
Telefonul de contact al părintelui/tutorelui legal instituit .....

Antecedente patologice NU ☐ DA ☐:
— astm ☐
— sindrom de hiperactivitate ☐
— otită medie cronică ☐/recurentă ☐
— maladii congenitale de cord ☐
— probleme de învățare ☐/dezvoltare ☐
— diabet zaharat ☐
— leziuni osteoarticulare ☐
— convulsii ☐
— tulburări de vorbire ☐, auz ☐, vedere ☐
— tuberculoză ☐
— altele ☐: .....
Dacă ați bifat cel puțin una dintre acestea, atașați documente medicale relevante.

Alergii
NU ☐ DA ☐:
— medicamentoase: .....
— alimentare: .....
— altele: .....

Medicație pentru afecțiuni cronice
NU ☐ DA ☐: (listați)
.....
.....
.....

Vaccinări (vezi aviz epidemiologic)

Examen fizic
Înălțime ..... cm; greutate ..... kg; indice de masă corporală ..... kg/m²
Presiunea arterială (pentru copii peste 3 ani) .....

Examen fizic general (normal ☐/anormal ☐)
ORL .....
Dentiție normală DA ☐ NU ☐: .....

Extremitate cefalică — regiune cervicală: .....
Ganglioni limfatici normali DA ☐ NU ☐: .....
Pulmonar normal DA ☐ NU ☐: .....
Cardiovascular norma DA ☐ NU ☐: .....
Abdominal normal DA ☐ NU ☐: .....
Genitourinar normal DA ☐ NU ☐: .....
Extremități normale DA ☐ NU ☐: .....
Tegumente normale DA ☐ NU ☐: .....
Dezvoltare psihologică normală DA ☐ NU ☐: .....
Limbaj normal DA ☐ NU ☐: .....
Comportament normal DA ☐ NU ☐: .....
Dezvoltare (copii preșcolari)

În limite normale DA ☐ NU ☐: .....

Dacă ați bifat NU, precizați tipul de afectare:
— cognitivă .....
— comunicare/limbaj .....
— emoțională/socială .....
— adaptare .....
— motricitate .....

Auz
— Audiometrie (după caz)
normal ☐
anormal ☐: .....
.....
.....
.....

Vizual
— Acuitate vizuală
normală DA ☐
NU ☐: .....
Ochi stâng: .....
Ochi drept: .....
— Corecție cu lentile NU ☐ DA ☐
— Strabism NU ☐ DA ☐

Recomandări
Activitate fizică normală DA ☐ NU ☐ restricții (după caz): .....
Alimentație diversificată DA ☐ NU ☐ restricții: .....

Reevaluarea este necesară:
— NU ☐ DA ☐ pentru ..... data programată _ _/_ _/_ _
Evaluări suplimentare NU ☐ DA ☐ care .....
Necesitatea unui sistem special de educație ☐ Altele .....
Rezultatul evaluării
Copil apt ☐/inapt ☐ pentru intrarea în colectivitate

Observații .....
.....

Data examinării
.....

Semnătura medicului, gradul profesional și parafa
.....

NOTE:
1. Evaluarea se realizează pe baza examinării clinice și a antecedentelor personale existente la fișa medicală a copilului.
2. Investigații clinice și paraclinice suplimentare vor fi solicitate de către medicul de familie doar în cazul existenței semnelor și simptomelor specifice de boală acută/cronică/infecțioasă.
3. Adeverința medicală poate fi eliberată de medicul de familie la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolarilor și elevilor, eliberarea acesteia reprezentând activitate de suport, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014—2015, cu modificările și completările ulterioare.

ANEXA Nr. 2
(Anexa nr. 2 la anexa nr. 3 la metodologie)

— față—

Județul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....

Codul numeric personal

AVIZ EPIDEMIOLOGIC PENTRU (RE)INTRARE ÎN COLECTIVITATE

anul..... luna ..... ziua .....
Numele ..... Prenumele .....
Prenumele tatălui .....
Data nașterii: anul ..... luna ..... ziua .....
Domiciliul: localitatea ..... str. .....
nr. ..... bl. ..... ap. ..... sectorul/județul .....
ARE ☐/NU ARE ☐ semne și simptome sugestive de boală transmisibilă: .....

S-a eliberat prezenta pentru: .....

A se vedea situația vaccinărilor pe verso.

Semnătura și parafa medicului,

— verso —

Unitatea sanitară .....
(denumirea, adresa, telefonul, fax)

FIȘA DE VACCINĂRI[1)]

Numele și prenumele: .....
Sexul: ..... Vârsta: .....
Adresa (strada nr., orașul, județul/sectorul) .....
.....
Instituția la care dorește să se înscrie (școala, liceul, grădinița, creșa): .....
.....
Numele și prenumele părintelui: .....
Telefoanele de contact ale părintelui: .....
Vaccinări
— numărul carnetului de vaccinări al copilului .....
a) vaccinări conform Programului național de vaccinare

*hepatita B	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _
BCG	_ _/_ _/_ _			
*DTP	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	
	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	
*Hib	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _
*Polio	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _
ROR	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	

* Se menționează toate antigenele administrate, indiferent de tipul de vaccin utilizat (mono-, tetra-, penta- sau hexavalente).

b) vaccinări opționale

gripal	_ _/_ _/_ _			
pneumococic	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _
rotavirus	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	
varicela	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	
HPV	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	
Hepatita A	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _		
Altele, specificați	_____	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _	_ _/_ _/_ _

Data .....

Eliberată de .....
(numele, prenumele, parafa și semnătura)

1) Însoțește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolarilor și elevilor în unitatea de învățământ.