UNITATEA SANITARĂ…..................................................................

Nr. ........................................data: ........................................................

**DOCUMENT MEDICAL ADIŢIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL**

**în vederea încadrării copilului cu dizabilităţi în grad de handicap**

**BOALA CANCEROASĂ**

* În tratament curativ: DA □ NU □

**Data** încheierii tratamentului curativ: ...................................................................................

* Remisiune completă: DA □ NU □ , de când……………………………………………….....
* Remisiune completă:

**Cu recuperare incompletă** (există/persistă susceptibilitate la procese infecțioase): DA □ NU □

daca NU, precizați ………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………........

………………………………………………………………………………………………………........

………………………………………………………………………………………………………........

………………………………………………………………………………………………………........

**Cu sechele postterapeutice**: DA □ NU □, dacă DA, completați la diagnosticul aferent …………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………........

……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………........

**În tratament paleativ**: DA □ NU □

**Data completării:**

**Semnătura și parafa**

**Medic specialist,**