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

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

**DOCUMENT MEDICAL ADIŢIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL**

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

**BOLI ALE APARATULUI CARDIO-VASCULAR**

* Are simptome de repaus: DA □ NU □
* Are simptome la efectuarea actvităților zilnice uzuale: DA □ NU □
* Are simptome la eforturi fizice prelungite: DA □ NU □
* Valorile gozometriei sanguine, bifați:

pa O2= 70-90mmHg □

pa O2= 60-70mmHg □

pa O2= 50-60mmHg □

pa O2≤ 50 □

* Răspunde la terapie: : DA □ NU □
* Specificați planul de intervenții chirurgicale necesar pentru rezolvarea afecțiunii și a tulburărilor asociate:

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

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

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

* Răsunetul afecțiunii cardio-vasculare asupra altor organe și sisteme : DA □ NU □

Daca da, detaliați……………………………………………………………………………………..

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

* **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**, detaliaţi……………………….…………………………………………………………….

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

**Data completării:**

**Semnătura și parafa**

**Medic specialist,**