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

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

**DOCUMENT MEDICAL ADIŢIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL**

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

**BOLI ALE GLANDELOR ENDOCRINE**

* Tulburări de gestualitate și locomotorii: DA □ NU □

Dacă DA precizați: ……………………………………………………………………………………

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

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

* Fracturi de formații osoase: DA □ NU □
* Capacitate de efort, detaliati…………………………………………….…………………………..

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

* Nivel de dezvoltare intelectuală IQ …………………………………………………………………
* Tulburări de dezvoltare musculară: DA □ NU □

Dacă DA precizați: ………………………………………………………………………………………

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

* Osteoporoză: DA □ NU □
* Complicații la alte aparate și sisteme: DA □ NU □ , dacă DA, precizați ……….…………

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

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

Lipotimii: DA □ NU □, dacă DA, precizați frecvența…………………………………………

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

1. **AUTONOMIE LOCOMOTORIE**

* **Menţine ortostatismul**: DA □ NU □ pentru cât timp………………………………………
* **Merge singur**: DA □ NU □ pe ce distanţe…………………………………………………
* **Merge cu dispozitive**: DA □ NU □ pe ce distanţe…………………………………………
* **Oboseşte la** **efort**:

la efort **mic**: DA □ NU □

la efort **mediu**: DA □ NU □

la efort **mare**: DA □ NU □

* **Deficienţă de coordonare**: DA □ NU □
* **Afectarea posibilității de realizare a gesturilor fine și precise:**

**Unilateral**: DA □ NU □

**Bilateral**: DA □ NU □

* **Pierderea gestualităţii**:

**a unui membru** toracal: DA □ NU □

**a ambelor** membre toracale: DA □ NU □

Se deplasează **singur în afara** locuinței: DA □ NU □ pe ce distanțe………………………………

1. **DEPRINDERI DE AUTOSERVIRE / AUTOÎNGRIJIRE**:

* Se hrăneşte:

**singur**:□ **cu ajutor**:□ **depinde de altă persoană**:□

* Tulburari de masticație și de deglutiție: DA □ NU □
* Se îmbracă/dezbracă:

**singur**:□ **cu ajutor**:□ **depinde de altă persoană**:□

* Este capabil să se autoîngrijească (tăierea unghiilor, spălat, pieptănat, igienă corporală):

**singur**:□ **cu ajutor**:□ **depinde de altă persoană**:□

* Control sfincterian:

incontinenţă **de zi:** DA □ NU □

incontinenţă **de noapte:** DA □ NU □

* Administrarea medicamentelor:

**singur**:□ **cu ajutor**:□ **depinde de altă persoană**:□

* **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,**