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

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

**DOCUMENT MEDICAL ADIŢIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL**

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

**BOLI ALE STRUCTURII ŞI FUNCȚIILE OCHIULUI**

* **Ocolirea obstacolelor**: DA □ NU □
* Se deplasează **singur în interiorul** unor clădiri alta decât locuința proprie: DA □ NU □
* Se deplasează **singur în exteriorul**  locuinței: DA □ NU □ Pe ce distanțe…………………
* Se deplasează **folosind echipamente** (ex. bicicleta, role, trotineta): DA □ NU □
* Se deplasează **singur folosind mijloace publice** motorizate: DA □ NU □

**DEPRINDERI DE AUTOSERVIRE / AUTOÎNGRIJIRE**:

* **Se hrăneşte**:

**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**:□

* **Administrarea medicamentelor**:

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

**AUTONOMIE SOCIALĂ:**

* **Dezvoltarea limbajului expresiv şi receptiv**:

Verbal: DA □ NU □

* Comunicarea cu mediul, socializarea – **afectarea calitativă şi cantitativă a interacţiunii sociale**:

**Comunică eficient** **verbal** DA □ NU □

**Comunică eficient** **non-verbal** DA □ NU □

**Interacţiune socială limitată în cadrul familiei**: DA □ NU □

**Interacţiune socială posibilă într-un mediu controlat** DA □ NU □

**Interacţiunea cu mediul social este mediată de un adult**: DA □ NU □

**Comunicarea în limbaj Braille**: DA □ NU □

* **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,**