

UNITATEA SANITARĂ.....

Data:

**DOCUMENT MEDICAL ADIȚIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL în
vederea încadrării copilului cu dizabilități în grad de handicap**

BOLI ALE APARATULUI CARDIO-VASCULAR

Nume și prenume copil:..... **Vârsta:**

- ✓ Are simptome de repaus: DA NU
- ✓ Are simptome la efectuarea activităților 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, detaliați.....

.....

Data completării:

Semnătura și parafa

Medic specialist,