

UNITATEA SANITARĂ.....

Data: .....

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

**BOLI ALE APARATULUI RESPIRATOR**

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

✓ Greutate..... deficit ponderal în procente .....

✓ Cașexie și/sau deperdiție proteică: DA  NU

✓ Hipertensiune pulmonară: DA  NU

✓ Corp pulmonar cronic decompensat: DA  NU

✓ **Numarul de crize de astm/an obiectivate prin internari/alte documente medicale:**

.....

✓ **Pacient controlat terapeutic sau nu, evaluat prin scoruri ACT Asthma Control Test sau ACQ Asthma Control Questionnaire:**

.....

.....

.....

✓ **Teste spirometrice: PEF sau VEMS**

.....

.....

.....

✓ **Gazometrie sanguină:** pa O<sub>2</sub>= 60-70mmHg  pa O<sub>2</sub>= 50-60mmHg  pa O<sub>2</sub>≤ 50

✓ Semne de insuficiență pulmonară: DA  NU

**Data completării:**

**Semnătura și parafa  
Medic specialist,**