

UNITATEA SANITARĂ.....

Data:

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

BOLI ALE GLANDELOR ENDOCRINE

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

✓ Tulburări de gestualitate și locomotorii: DA NU

Dacă DA precizați:

✓ Fracturi de formații osoase: DA NU

✓ Capacitate de efort, detaiați.....

✓ 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

✓ **Menține ortostatismul:** DA NU pentru cât timp.....

✓ **Merge singur:** DA NU pe ce distanțe.....

✓ **Merge cu dispozitive:** DA NU pe ce distanțe.....

✓ **Obosește la efort:** la efort **mic:** DA NU la efort **mediu:** DA NU la efort
mare: DA NU

- ✓ Deficiență de coordonare: DA NU
- ✓ Afectarea posibilității de realizare a gesturilor fine și precise: Unilateral: DA NU
 Bilateral: DA NU
- ✓ Pierderea gestualității: a unui membru toracal: DA NU a ambelor membre toracale:
 DA NU

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

2. DEPRINDERI DE AUTOSERVIRE / AUTOÎNGRIJIRE:

- ✓ Se hrănește: **singur:** **cu ajutor:** **depinde de altă persoană:**

- ✓ Tulburari de masticatie 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:

incontinență **de zi:** DA NU

incontinență **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**, detaliați.....

.....

Data completării:

**Semnătura și parafa
 Medic specialist,**