

UNITATEA SANITARĂ.....

Data: .....

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

**BOLI ALE LARINGELUI SI FUNCȚIILOR SALE**

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

- ✓ Disfonie: DA  NU
- ✓ Voce bitonală: DA  NU
- ✓ Tulburări de respirație: DA  NU
- ✓ Tulburări de fonație: DA  NU
- ✓ Tulburări de deglutiție: DA  NU
- ✓ Traheostomă: DA  NU

**Permanentă**  **Temporară**

- ✓ Gastrostomă: DA  NU

**Permanentă**  **Temporară**

- ✓ Specificați planul de intervenții chirurgicale necesare pentru rezolvarea chirurgicală a malformațiilor și a tulburărilor asociate:

.....  
.....  
.....

**AUTONOMIE PERSONALĂ**

- ✓ **Dezvoltarea limbajului expresiv și receptiv:**

**Verbal:** DA  NU

- ✓ Comunicarea cu mediul, socializarea – **afectarea calitativă și cantitativă a interacțiunii sociale:**

Comunică eficient **verbal** DA  NU

Comunică eficient **non-verbal** DA  NU

**Interacțiune socială limitată în cadrul familiei:** DA  NU

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

Detaliați cum comunică copilul cu terții .....

.....  
.....  
.....

✓ **Se hrănește:**

**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,**