

Data:

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

BOLI ALE PIELII

Nume și prenume copil:..... Vârsta:

✓ **Acutizări:**

Rare sau Frecvente (se încercuiește)

✓ **Limitări ale ortostatismului și mersului:** DA NU , **daca DA completați cap. Autonomie locomotorie.**

Complicații:.....

.....

.....

.....

1. AUTONOMIE LOCOMOTORIE:

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

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

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

✓ **Se deplasează singur în afara locuinței:** 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

2. DEPRINDERI DE AUTOSERVIRE / AUTOÎNGRIJIRE:

✓ Se hrănește:

singur:

cu ajutor:

depinde de altă persoană:

✓ Tulburări de masticăție 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:

✓ 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,**