

UNITATEA SANITARĂ.....

Data: .....

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

**BOLI METABOLICE**

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

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

✓ Diabet insulino dependent: DA  NU

✓ Dezechilibrat/instabil/decompensate: DA  NU

✓ Echilibrat compensate: DA  NU

✓ Complicații: .....

.....  
.....

✓ Retinopatie: DA  NU

✓ Polineuropatie: DA  NU

✓ Boală cronică de rinichi: DA  NU

✓ Cetoacidoză: DA  NU

✓ Hipoglicemie: DA  NU

câte episoade/săptămână .....

precizați dacă a necesitat spitalizare.....

✓ Depresie sau tulburări psihice: DA  NU

✓ Insulinorezistență: DA  NU

✓ Variabilitate glicemică mai mare de 10 - 20% decât valoarea hemoglobinei glicozilate de 7,5% (denumită ca fiind media ultimelor 4 determinări ale hemoglobinei glicozilate în ultimul an) la copii cu vârsta de la naștere la 12 ani: DA  NU

✓ precizați valoarea: .....

Data completării:

**Semnătura și parafa  
Medic specialist,**