

UNITATEA SANITARĂ.....

Data:

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

BOLI ALE APARATULUI LOCOMOTOR ȘI COLAGENOZE

Nume și prenume copil:..... Vârsta:

- ✓ Redori matinale: DA NU
- ✓ Dureri la mobilizarea articulațiilor periferice: DA NU
- ✓ Dureri articulare în repaus: DA NU
- ✓ Reducerea medie a mobilității articulare: DA NU
- ✓ Reducerea funcției de prehensiune: DA NU
- ✓ Deformari și anchiloze: DA NU
- ✓ Specificați planul de intervenții chirurgicale necesare pentru rezolvarea chirurgicală a malformațiilor și a tulburărilor asociate, inclusive, ortezare, protezare – după caz :

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

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

2. AUTONOMIE SOCIALĂ:

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

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:

✓ 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,**