Med.de familie/ CMI...................................................................  
Consultaţie bilanţ anual nr. ............ ./data ..................................

**Fişă medicală sintetică**

pentru copilul cu dizabilități și / sau cerințe educaționale speciale

**Numele şi prenumele copilului** ……...............................................................................................................

Data naşterii .......................................................vârsta ..................................................................................

**Diagnosticul complet** (formulat în baza bilanţului anual şi a certificatelor medicale actuale cu cod CIM 10)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1. ............................................................................................................................................................   ………………………………………………………………………………………………………………   1. ............................................................................................................................................................   ………………………………………………………………………………………………………………   1. ……………………………………………………………………………………………………….   ……………………………………………………………………………………………………………….   1. .............................................................................................................................................................   ………………………………………………………………………………………………………………. |  |
|  | **Stadiu actual al bolii cronice(se bifează)** |  |
|  | 1. □ debut □ evolutiv □ stabilizat □ terminal |  |
|  | 1. □ debut □ evolutiv □ stabilizat □ terminal |  |
|  | 1. □ debut □ evolutiv □ stabilizat □ terminal |  |
|  | 1. □ debut □ evolutiv □ stabilizat □ terminal |  |

**Anamneza**\* (redată sintetic): ....................................................................................................................................................................................

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

……………………………………………………………………………………………………………………....

\* Antecedentele patologice şi cele heredocolaterale se completează prima dată şi ulterior dacă se adaugă altele.

**Examen clinic** (redat sintetic): Greutate = ; Înălțime = ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Pag.1

**Concluzii şi recomandări:**

**1**. **Tratament recomandat de medicul de familie** (pentru afecţiunile intercurente obiectivate de bilanţul anual)

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

**2.** **Tratamente recomandate de medicul/medicii de specialitate şi urmate de copil**

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

**3.** **Rezultatul tratamentelor recomandate** (complianţa la tratament, gradul de satisfacţie al copilului şi al familiei, motive expuse de familie când nu s-a urmat tratamentul recomandat ş.a.) ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**4.** **Copilul**

□ este monitorizat pentru boală cronică (fără certificat de încadrare în grad de handicap)

□ este monitorizat pentru dizabilitate (certificat de încadrare în grad de handicap)

**5**. **Copilul este** deplasabil / nu este deplasabil / necesită transport specializat\*\* ………………………………...

\*\* Pentru evaluarea medicală de către medicul de specialitate.

**Documente ataşate** (dacă este cazul): rezultate analize şi investigaţii paraclinice recomandate de medicul de familie cu ocazia bilanţului anual.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data completării Semnătura și parafa medicului de familie

……………………. ………………………………………………..

Pag.2

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |