UNITATEA SANITARĂ…..................................................................

Nr. ........................................data: ........................................................

**DOCUMENT MEDICAL ADIŢIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL**

**în vederea încadrării copilului cu dizabilităţi în grad de handicap**

**BOLI ALE APARATULUI LOCOMOTOR ȘI COLAGENOZE**

* 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**
* **Menţine ortostatismul**: DA □ NU □ pentru cât timp………………………………………
* **Merge singur**: DA □ NU □ pe ce distanţe…………………………………………………
* **Merge cu dispozitive**: DA □ NU □ pe ce distanţe…………………………………………
* **Oboseşte la** **efort**:

la efort **mic** DA □ NU □

la efort **mediu**: DA □ NU □

la efort **mare**: DA □ NU □

* **Deficienţă 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 □

1. **AUTONOMIE SOCIALĂ:**

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

**Deprinderi de autoservire / autoîngrijire**:

* Se hrăneşte:

**singur**:□ **cu ajutor**:□ **depinde de altă persoană**:□

* Tulburări de masticație 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:

incontinenţă **de zi:** DA □ NU □

incontinenţă **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**, detaliaţi……………………….………………………………………………………..……..

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

**Data completării:**

**Semnătura și parafa**

**Medic specialist,**