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

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

**DOCUMENT MEDICAL ADIŢIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL**

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

**BOLI ALE APARATULUI RESPIRATOR**

* Greutate………..…..…………. deficit ponderal în procente ……………………..
* Cașexie **și/sau** deperdiție proteică: DA □ NU □
* Hipertensiune pulmonară: DA □ NU □
* Corp pulmonar cronic decompensat: DA □ NU □
* **Numarul de crize de astm/an obiectivate prin internari/alte documente medicale:**

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

* **Pacient controlat terapeutic sau nu, evaluat prin scoruri ACT Asthma Control Test sau ACQ Asthma Control Questionaire:**

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

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

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

* **Teste spirografice:**  **PEF sau VEMS**

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

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

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

* **Gazometrie sanguină:**

pa O2= 60-70mmHg □

pa O2= 50-60mmHg □

 pa O2≤ 50 □

* Semne de insuficiență pulmonară: DA □ NU □

**Data completării:**

**Semnătura și parafa**

**Medic specialist,**