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

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

**FIŞĂ MEDICALĂ SINTETICĂ**

* Se bifează obligatoriu răspunsurile DA □ **sau** NU □
* Semnătura medicului specialist şi parafa inclusiv în situaţiile de corecturi

**Consultație bilanț anual nr**. ................................data: ............................................

**Nume şi prenume copil** …………………………………………………… **Vârsta**:………..…….

Data nașterii……………………….…….. **Greutate** ……………………**Talie**……………………

**II.Diagnosticul complet formulat în baza bilanțului anual și a certificatelor medicale actuale (CIM 10)**:

1. …………………………………………………………………………………….……............…….......

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

1. …………………………………………………………………………………………………............…

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

1. …………………………………………………………………………………….................…………...

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

**Stadiul actual al bolii cronice (se bifează)**

 **□ debut □ evolutiv □ stabilizat □ terminal**

 **□ debut □ evolutiv □ stabilizat □ terminal**

**Antecedente semnificative:** heredeocolaterale / personale patologice

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

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

**Istoricul bolii:** data debutului, data începerii terapiei, evoluţie, prognostic ………………………................................................................................................................................

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

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

**Examene complementare** **efectuate** (documente medicale, bilete de externare etc., anexate în copie)

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

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

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

1. **Examen clinic (redat sintetic):**

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

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

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

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

* **Dezvoltarea limbajului expresiv şi receptiv**:

Verbal: DA □ NU □

* **Comunicarea cu mediul, socializarea** – **afectarea calitativă şi cantitativă a interacţiunii sociale**:

Comunică eficient **verbal**  DA □ NU □

Comunică eficient **non-verbal** DA □ NU □

**Comunicare limitată în cadrul familiei**: DA □ NU □

**Interacţiunea cu mediul social este mediată de un adult**: DA □ NU □

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 ……………………….………………………………………………….………..

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

**CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI**:

1. **Tratament recomandat de medicul de familie (pentru afecțiunile intercurente obiectivate de bilanțul anual**): ........................................................................................................................... .............

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

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

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

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

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

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

**Rezultatul tratamentelor recomandate** (complianța la tratament, gradul de satisfacție al copilului și al familiei, motive expuse de familie când nu s-a urmat tratamentul recomandat ș.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 (**(se bifează)**).

**Data completării:**

**Semnătura și parafa**

**Medic de familie,**