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

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

**DOCUMENT MEDICAL ADIŢIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL**

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

**BOLI ALE PIELII**

* **Acutizări:**

Rare **sau**  Frecvente (se încercuiește)

* **Limitări ale ortostatismului și mersului**: DA □ NU □, **daca DA completați cap.** **Autonomie locomotorie.**

Complicații:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

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

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

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

* **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,**