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

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

**DOCUMENT MEDICAL ADIŢIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL**

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

**Pierderile auditive (nr. dB) se apreciază fără protezare și se calculează pe AUDIOGRAMA TONALĂ care se va atașa obligatoriu.**

**BOLI ALE STRUCTURII ȘI FUNCȚIILE URECHII**

* **Răspunde la o vocea umană**: DA □ NU □
* **Înțelege un mesaj simplu rostit**: DA □ NU □
* **Comunică prin receptarea de gesturi ale corpului**: DA □ NU □
* **Pre-vorbirea**: DA □ NU □
* **Vorbirea**: DA □ NU □
* **Inițiază și menține o conversație**: DA □ NU □

**DEZVOLTAREA LIMBAJULUI EXPRESIV ŞI RECEPTIV**:

**Dezvoltarea calitativă şi cantitativă a limbajului expresiv** – descriere:……………………….……

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

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

**Dezvoltarea calitativă şi cantitativă a limbajului receptiv** – descriere: …………………………….

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

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

**În caz de protezare auditivă sau implant se va calcula beneficiul protezării în procente de inteligibilitate a cuvintelor pe audiograma vocală.**

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

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

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

**AUTONOMIE SOCIALĂ:**

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

**Comunică eficient** **verbal**  DA □ NU □

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

**Interacţiune socială limitată în cadrul familiei**: DA □ NU □

**Interacţiune socială posibilă într-un mediu controlat** DA □ NU □

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

Detaliaţi cum comunică copilul cu terții ……………………….…………………………………….

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

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

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

* **Necesită ajutorul unei terțe persoane** **în defășurarea activităților zilnice** :

**constant** DA □ NU □

**zilnic, dar discontinuu** DA □ NU □

**alte măsuri** DA □ NU □

* Se deplasează **singur în afara** locuinței: DA □ NU □ Pe ce distanțe…………………………..
* Și-a însușit grija pentru propria siguranță, evită riscurile sau situațiile periculoase DA □ NU □

Dacă **NU**, detaliaţi………………….…….……………………………………………………………

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

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

**Data completării:**

**Semnătura și parafa**

**Medic specialist,**