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

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

**DOCUMENT MEDICAL ADIŢIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL**

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

**BOLI METABOLICE**

* **Greutate**……….……………… **deficit ponderal în procente**………………………….…………
* **Diabet insulinodependent**: DA □ NU □
* **Dezechilibrat/instabil/decompensate**: DA □ NU □
* **Echilibrat compensate**: DA □ NU □
* **Complicații:** ………………………………………………………………………………………

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

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

* **Retinopatie**: DA □ NU □
* **Polineuropatie**: DA □ NU □
* **Boală cronică de rinichi**: DA □ NU □
* **Cetoacidoză**: DA □ NU □
* **Hipoglicemie**: DA □ NU □

**câte episoade/săptămână** ………………………………………….……………………………….

**precizați dacă a necesitat spitalizare**………………………………………………………………

* **Depresie sau tulburări psihice**: DA □ NU □
* **Insulinorezistență**: DA □ NU □
* **Variabilitate glicemică mai mare de 10 - 20% decât valoarea hemoglobinei glicozilate de 7,5% (denumită ca fiind media ultimelor 4 determinări ale hemoglobinei glicozilate în ultimul an) la copii cu vârsta de la naștere la 12 ani**:DA □ NU □
* precizați valoarea: .....................................................................................................

**Data completării:**

**Semnătura și parafa**

**Medic specialist,**