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

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

**DOCUMENT MEDICAL ADIŢIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL**

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

**BOLI NEUROLOGICE și ALE STRUCTURII ȘI FUNCȚIILOR MUȘCHILOR**

**TULBURĂRI NEUROPSIHICE**

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

1. **Crize epileptice parţiale sub tratament:** DA □ NU □

Specificați frecvența crizelor pe **săptamână** / **lună** ……………………………………………………

**2.Crize epileptice generalizate sub tratament:** DA □ NU □

Specificați frecvența crizelor pe **săptamână** / **lună** ……………………………………………………

**3 . Deficiențe cronice ale controlului sfincterian:** DA □ NU □

Dacă da, detaliaţi ……………………….………………………………………………………………

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

4. **Tulburări psihice intercritice:**  DA □ NU □

Dacă da, detaliaţi ………………………………………………………………………………………

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

**5. Dureri continue sau crize dureroase:** DA □ NU □

Dacă da, detaliaţi ……………………….……………………………………………………………..

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

**6. Tulburări trofice cronice cutanate, musculare sau osteoarticulare:** DA □ NU □

Dacă da, detaliaţi ……………………….……………………………………………………………..

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

**TULBURĂRI PSIHICE: QD, QI:** ……………………………………………………………………

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

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

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

* **AUTONOMIE PERSONALĂ**
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 mișcărilor fine și precise**:

**Unilateral**: DA □ NU □

**Bilateral**: DA □ NU □

* **Afectarea prehensiunii:**

**a unui membru** toracal: DA □ NU □

**a ambelor** membre toracale: DA □ NU □

**Prezenţa stereotipiilor motorii şi comportamentale**: DA □ NU □

Dacă da, detaliaţi……………………….……………………………………………………………..

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

1. **Comunicare / Autonomie socială:**

**Dezvoltarea limbajului expresiv şi receptiv**:

**Absența** dezvoltării limbajului (expresiv şi receptiv): DA □ NU □

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

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

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

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

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

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

* **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 □

Descrieți cum comunică copilul cu terții ……………………….………………………………………

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

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

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

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**:□

* 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……………………….…………………………………………………………….

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

**Data completării:**

**Semnătura și parafa**

**Medic specialist,**