

## Documentele medicale necesare înscrierii/transferului în unitățile de învățământ

- La înscrierea în clasa a IX-a:

a) Dacă elevul a frecventat o școală în care există cabinet medical școlar: fișa medicală de la școală și adeverință medicală conform modelului prevăzut la Anexa nr. 16.3 - **eliberate de medicul școlii frecventate;**

b) Dacă elevul a frecventat o școală în care nu există cabinet medical școlar: adeverința medicală de înscriere în colectivitate (împreună cu dovada de vaccinare a copilului) - **eliberată de medicul de familie.**

- În cazul transferului între diferite unități de învățământ:

a) Dacă antepreșcolarul/preșcolarul/elevul a frecventat o unitate de învățământ cu cabinet medical propriu: fișa medicală de la unitatea de învățământ de la care se transferă - **eliberată de medicul școlar;**

b) Dacă antepreșcolarul/preșcolarul/elevul a frecventat o creșă/grădiniță/școală fără cabinet medical propriu: adeverința medicală de înscriere în colectivitate (împreună cu dovada de vaccinare a copilului) - **eliberată de medicul de familie.**

La revenirea din vacanțe **NU** se va solicita antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor aviz epidemiologic.

\*Dacă elevul a frecventat o unitate de învățământ cu cabinet medical propriu (fara medic, doar cu asistenta medicala):

1. Fișa medicală de la unitatea de învățământ de la care se transferă - **eliberată de asistenta medicala școlara.**

2. Adeverința medicală de înscriere în colectivitate (împreună cu dovada de vaccinare a copilului) - **eliberată de medicul de familie.**

## **Fișa de prezentare a cabinetului medical școlar din C.N.Andrei Saguna**

În aceasta unitate de învățământ funcționează un cabinet medical școlar cu personal medical încadrat de către DAS Brasov.

Activitatea cabinetului medical este asigurată conform actelor normative care reglementează asistența medicală din unitățile de învățământ.

Cabinetul medical asigură elevilor înscriși servicii medicale preventive (individuale și colective), consultații pentru afecțiuni acute și primul ajutor în caz de urgențe.

Pentru menținerea și îmbunătățirea permanentă a stării de sănătate a copilului dvs, precum și pentru respectarea normelor de sănătate publică, (și deoarece un anumit număr de ore copilul NU este sub supravegherea dvs.) vă aducem la cunoștință următoarele:

**1. La înscrierea în colectivitate/transferul din altă unitate de învățământ, trebuie să prezentați dovada imunizărilor efectuate copilului dvs.( Fisa de vaccinari), Adeverința de intrare în colectivitate și Fișa medicală deținută la altă unitate de învățământ. \***

**2. Pentru a putea asigura o asistență medicală optimă sunteți rugat să comunicați în scris cabinetului medical toate afecțiunile de care suferă copilul dvs. și să prezentați în acest sens scrisorile medicale și/sau biletele de ieșire din spital. Vă rugăm să comunicați, de asemenea, dacă urmează un tratament cronic sau este alergic la vreo substanță cu care ar putea veni în contact.**

Activitățile cabinetului medical sunt strict confidențiale. Totuși, dacă copilul dvs. suferă de o afecțiune care prin manifestările sale bruște îi poate pune în pericol imediat viața sau integritatea fizică (crize convulsive, astm bronșic, sincope etc.) este bine ca, înafară de personalul cabinetului medical, să anunțați și cadrele didactice pentru ca acestea să poată acționa până la sosirea personalului medical.

**3. În cazul în care copilul dvs. este diagnosticat sau suspionat că ar suferi de o boală contagioasă (transmisibilă și celorlalți copii din colectivitate), vă rugăm să aduceți acest lucru la cunoștința cabinetului medical al unității de învățământ în 24 ore de la diagnosticare/suspionare pentru a putea lua măsurile antiepidemice în colectivitate.**

**4. În cabinetul medical se efectuează triajul epidemiologic, conform legii, și se inițiază măsuri antiepidemice în focar de boli infecțioase conform metodologiilor în vigoare.**

**5. În cabinetul medical școlar se efectuează conform legii, examinări medicale periodice anuale și de bilanț al stării de sănătate anual tuturor elevilor din clasele I-a, a IV-a, a VIII-a și a XII-a, în cadrul cărora copiii se examinează clinic (de exemplu: se măsoară tensiunea arterială, se examinează acuitatea vizuală și auditivă, se efectuează un examen clinic general).**

În cazul în care se depistează afecțiuni veți fi informați, iar dvs. vă revine responsabilitatea de a prezenta copilul la examinări la medicii specialiști și de a comunica rezultatele, respectiv de a prezenta scrisorile medicale de la medicii specialiști atât medicului de familie, cât și cabinetului medical școlar.

**6. În cabinetul medical școlar se efectuează acțiuni de educație pentru sănătate a preșcolarilor și elevilor. Pentru desfășurarea unora dintre aceste activități medicale, cabinetul medical școlar are nevoie de date cu caracter personal al copilului (CNP, adresă de domiciliu, număr de telefon al părinților).**

În situația în care prelucrarea de date cu caracter personal în scopurile amintite vă afectează drepturile și interesele, ori sunteți interesat de o informare mai amplă legată de aceasta, vă rugăm să vă adresați Responsabilului cu protecția datelor cu caracter personal din cadrul

C.N.Andrei Saguna, la adresa de e-mail: *irina.aupici@saguna.ro*, conform articolului 38 alineat 4 din REGULAMENTUL nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Subsemnata/ul ....., părinte/reprezentant legal al  
elevei/elevului ....., născut la data ....., cu  
domiciliul stabil ....., număr de telefon .....,  
înscris în clasa ....., am fost informat în legătură cu activitatea cabinetului medical școlar,  
sunt de acord cu folosirea datelor cu caracter personal în scopuri medicale și îmi exprim  
**acordul cu privire la efectuarea acțiunilor cu caracter profilactic în cabinetul medical  
școlar** (triaj epidemiologic, alte acțiuni de combatere a răspândirii bolilor infecțioase în  
colectivitate, examen periodic și de bilanț al stării de sănătate a copilului meu, acțiuni de  
educație pentru sănătate).

NUME si PRENUME PARINTE

SEMNATURA

**\*Fisa medicala se elibereaza de cabinetul medical de la unitatea de  
invatamant frecventata anterior.**

**\*Adeverinta medicala de inscriere in colectivitate si Fisa de vaccinari  
se elibereaza de catre medicul de familie.**

**\*Documentele medicale se predau de catre elevi, la cabinetul medical,  
in prima saptamana a anului scolar.**

Unitatea sanitară .....  
(denumire, adresă, telefon)  
.....

Nr. Fișă / Nr. de înregistrare .....  
Data eliberării fișei: .....  
Data examinării: .....

# Adeverință medicală pentru înscrierea în colectivitate

Numele și prenumele ....., sexul ....., vârsta: .....  
Adresa: Strada ....., nr ....., localitatea ....., județul/sectorul .....  
Instituția la care se înscrie: .....

Numele și prenumele părintelui/tutorelui: ..... Tel. de contact: .....

## Antecedente patologice NU DA

- astm
- sindrom de hiperactivitate
- otită medie cronică /recurentă
- maladii congenitale de cord
- probleme de învățare /dezvoltare
- diabet zaharat
- leziuni osteoarticulare
- convulsii
- tulburări de vorbire , auz , vedere
- tuberculoză
- altele

\*(dacă ați bifat cel puțin una dintre acestea, atașați documente medicale relevante)

## Alergii: NU DA

- medicamentoase: .....
- alimentare: .....
- altele: .....

## Medicație pentru afecțiuni cronice

NU  DA  (listați)

## Vaccinări (vezi aviz epidemiologic-fișă de vaccinări)

### Examen fizic

Înălțime ..... cm; greutate ..... kg; IMC.....kg/m<sup>2</sup>

TA (pentru copii > 3 ani) .....

### Examen fizic general (normal /anormal )

ORL.....

Dentiție normal DA  NU

Extremitate cefalică - regiune cervicală:

Ganglioni limfatici normali DA  NU

### Recomandări

Activitate fizică normală DA  NU  restricții (după caz):.....

Alimentație diversificată DA  NU  restricții:

Reevaluarea este necesară: NU  DA  pentru

.....data programată \_/ \_/ \_

Pulmonar normal ✓ DA  NU

Cardiovascular normal DA  NU

Abdominal normal DA  NU

Genito-urinar normal DA  NU

Extremități normale DA  NU

Tegumente normale DA  NU

Dezvoltare psihologică normală DA  NU

Limbaj normal DA  NU

Comportament normal DA  NU

### Dezvoltare (copii preșcolari)

În limite normale DA  NU

Dacă ați bifat NU, precizați tipul de afectare:

- cognitivă .....
- comunicare/limbaj .....
- emoțională/socială .....
- adaptare .....
- motricitate .....

### Auz

Audiometrie (după caz)

normal

anormal

### Vedere

Acuitate vizuală

normală DA  NU

Ochi stâng: .....

Ochi drept: .....

Corecție cu lentile NU  DA

Strabism NU  DA

Evaluări suplimentare NU  DA  care: .....

Necesitatea unui sistem special de educație

Altele .....

### Rezultatul evaluării

Copil apt /inapt  pentru intrarea în colectivitate

Observații .....

Nume medic, semnătură, parafă

Unitatea sanitară .....  
(denumirea, adresa, telefonul, fax) .....

## Fișă de vaccinare<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Însoțește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolarilor și elevilor în unitatea de învățământ.

Numele și prenumele: .....

Sexul: ..... Vârsta: ..... ani

Adresa .....

(strada nr. , orașul, județul/sectorul) .....

Instituția la care dorește să se înscrie (școala, liceul, grădinița, creșa): .....

Numele și prenumele părintelui: .....

Telefoanele de contact ale părintelui: .....

### Vaccinări:

Numărul carnetului de vaccinare al copilului:

#### a) vaccinări conform Programului național de vaccinare:

*hepatita B	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__		
BCG	__/__/__					
*DTP	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
*HiB	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__		
*Polio	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
ROR	__/__/__	__/__/__				

\*) Se menționează toate antigenele administrate, indiferent de tipul de vaccin utilizat (mono-, tetra-, penta- sau hexavalente).

#### b) vaccinări opționale:

gripal	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__		
pneumococic	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__		
rotavirus	__/__/__	__/__/__				
varicela	__/__/__	__/__/__				
HPV	__/__/__	__/__/__	__/__/__			
Hepatita A	__/__/__	__/__/__				
Altele, specificați	_____	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	

Data:

Nume medic:

Semnătură, parafă:

#### NOTE:

1. Evaluarea se realizează pe baza examinării clinice și a antecedentelor personale existente la fișa medicală a copilului.
2. Investigații clinice și paraclinice suplimentare vor fi solicitate de către medicul de familie doar în cazul existenței semnelor și simptomelor specifice de boală acută/cronică/infectioasă.
3. Adeverința medicală poate fi eliberată de medicul de familie la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolarilor și elevilor, eliberarea acesteia reprezentând activitate de suport, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-