

Documentele medicale necesare înscrierii/transferului în unitățile de învățământ

- 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 antepreșcolaru/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 antepreșcolariilor, preșcolariilor și elevilor aviz epidemiologic.

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,
înscriș 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

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

Nr. Fișa / Nr. de inregistrare
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/tutorei:..... 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/m²

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 vaccinare¹⁾

¹⁾ Însoțește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolărilor 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. Adevărta medicală poate fi eliberată de medicul de familie la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolărilor și elevilor, eliberarea acestora 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-*