**FIŞĂ MEDICALĂ**

**DE PRIMIRE ÎN COLECTIVITATE**

1. **Date copil:**

Numele şi prenumele copilului: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data naşterii: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Date părinţi:**

Numele şi prenumele mamei: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numele şi prenumele tatălui: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Antecedente personale:**
* Greutate la naştere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Talia la naştere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Greutatea actuală: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Talia actuală: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Deficienţe sau malformaţii: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Boli pentru care copilul primeşte tratament cronic: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dacă da, ce tratament \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Dezvoltarea neuro psihomotorie (ultima evaluare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DA | NU |
| RUJEOLA |  |  |
| VARICELA |  |  |
| SCARLATINA |  |  |
| HEPATITA EPID |  |  |
| REUMATISM |  |  |
| CRIZE COMIŢIALE |  |  |
| TUSE CONVULSIVĂ |  |  |
| DIZENTERIE |  |  |

* Vaccinări:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | I | II | III | RI | RII |
| BCG |  |  |  |  |  |
| DTP |  |  |  |  |  |
| AP |  |  |  |  |  |
| ENGERIX B |  |  |  |  |  |
| ACT – HIB |  |  |  |  |  |
| TRIMOVAX(ROR, Priorix) |  |  |  |  |  |

1. **Analize copil:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.crt** | **Nume analiza** | **Buletin de analize nr** | **Din data de**  |
| **1** | Exudat nazal |  |  |
| **2** | Exudat faringian |  |  |
| **3** | Examen materii fecale:-examen coprocultură |  |  |
| **4** | Examen materii fecale:- examen coproparazitologic |  |  |

**(analizele sunt valabile dacă se efectuează cu max. o saptămana înainte de intrarea în colectivitate)**

1. **Aviz de intrare în colectivitate:**

(valabil cu 24/48 ore înainte de intrarea în colectivitate)

**MEDIC de familie sau pediatru**

(data, semnătura şi parafa)