

UNITATEA SANITARĂ.....

Nr.data:

**DOCUMENT MEDICAL ADIȚIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL
în vederea încadrării copilului cu dizabilități în grad de handicap**

BOLI IMUNOLOGICE CRONICE

Nume și prenume copil:..... **Vârsta:**

Precizați dacă:

Necesită evaluare periodică la:

✓ 7 - 12 luni DA NU

✓ 4 - 6 luni DA NU

✓ 1 - 3 luni DA NU

- **Necesită profilaxia antimicrobiană:**

.....
.....
.....
.....

- **Evaluare cu internare continuă:**

.....
.....
.....
.....

- **Deficitul imun necesită izolare la domiciliu:**

.....
.....
.....
.....

Data completării:

Semnătura și parafa

Medic specialist,