

Str.Padurii nr 5, sat DUDU, com CHIAJNA

Judetul ILFOV

Telefon: 0763 033 010

**FISA DE CONSULTATII MEDICALE**  
*se completeaza de catre medicul de familie*

Numele si prenumele copilului: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

Data nasterii: \_\_\_\_\_ Domiciliu \_\_\_\_\_

Numele si prenumele perintelui (tutorelui) \_\_\_\_\_

**PERMISIUNEA MEDICALA**

Acord permisiunea cadrelor medicale sa-mi trateze copilul in cazuri de extrema urgenta daca nu pot fi contactat(a) imediat, eu sau persoana de contact indicata.

Data \_\_\_\_\_ Semnatura parintelui: \_\_\_\_\_

**VACCINARI:**

| BCG | VOP | DTP | DT | AR | HEP.B | Alte vaccinari |
|-----|-----|-----|----|----|-------|----------------|
|     |     |     |    |    |       |                |
|     |     |     |    |    |       |                |
|     |     |     |    |    |       |                |
|     |     |     |    |    |       |                |
|     |     |     |    |    |       |                |
|     |     |     |    |    |       |                |

**ANAMNEZA****ANTECEDENTE PERSONALE:**

Eventuale deficiente sau malformatii congenitale: \_\_\_\_\_

Antecedente patologice \_\_\_\_\_

Dezvoltare somato-psihiica (concluziile ultimului examen ) \_\_\_\_\_

BOLI CONTAGIOASE IN ANTECEDENTE \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTE HEREDO-COLATERALE:**

Mama/tata: TBC, lues, alcoolism, boli psihice, diabet, alte boli

---

---

**Minorul sufera in prezent, sau a suferit in trecut, de urmatoarele afectiuni:**

---

---

**Enumerati medicamentele luate regulat de minor si motivele pentru care ii sunt administrate:**

---

---

**Enumerati medicamentele (sau substantele) la care minorul este alergic:**

---

---

**Exista activitati la care nu are voie sa participe minorul? Va rugam sa indicati si motivul.**

---

---

**Intoleranta la alimente** (alte specificatii legate de alimentatia minorului):

---

---

**Alte atentionari legate de sanatatea minorului (ex. fobii)**

**Am examinat pe \_\_\_\_\_ si am revizuit istoricul sanatatii familiei din aceasta fisa medicala. Acest copil este / nu este apt din punct de vedere fizic si psihic sa participe la toate activitatile din cadrul institutiei.**

**Semnatura si parafa medicului de familie:**

**Data:**

**ANALIZE MEDICALE RECOMANDATE LA INTRAREA IN COLECTIVITATE: exudat nazofaringian, examen coproparazitologic, coprocultura (rezultatele sunt valabile maximum o saptamina) , aviz de intrare in colectivitate (valabil 48 h);**