

UNITATEA SANITARA.....

DATA.....

### **PLAN DE INGRIJIRI PALIATIVE**

**PENTRU COPILUL CARE NECESITA INGRIJIRI PALIATIVE, PENTRU CARE SE ACORDA  
CERTIFICAT DE INCADRARE IN GRAD DE HANDICAP PANA LA VARSTA DE 18 ANI**

1. NUME SI PRENUME COPIL.....VARSTA.....

CNP.....DOMICILIUL.....

#### 2. DIAGNOSTIC

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

3. EVALUAREA NEVOILOR (conform modificarii si completarii Ordinului 1306/1883/2016 pentru aprobarea criteriilor biopsihosociale de incadrare a copiilor cu dizabilitati in grad de handicap si a modalitatilor de aplicare a acestora – art. 23<sup>2</sup> alin(2) lit. b):

a. FIZICE.....

.....

b. PSIHO-EMOTIONALE.....

.....

c. SOCIALE.....

.....

d. SPIRITUALE.....

.....

Semnatura si parafa

Medic specialist,