

UNITATEA SANITARĂ.....

Data:

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

BOALA CANCEROASĂ

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

✓ În tratament curativ: DA NU

Data încheierii tratamentului curativ:

✓ Remisiune completă: DA NU , de când.....

✓ Remisiune completă:

Cu recuperare incompletă (există/persistă susceptibilitate la procese infecțioase): DA NU

daca NU, precizați

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

Cu sechele postterapeutice: DA NU , dacă DA, completați la diagnosticul aferent

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

În tratament paliativ: DA NU

Data completării:

**Semnătura și parafa
Medic specialist,**