

UNITATEA SANITARĂ.....

Data:

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

BOLI ALE APARATULUI RESPIRATOR

Nume și prenume copil:..... Vârsta:

- ✓ Greutate..... deficit ponderal în procente
- ✓ Cașexie și/sau deperdiție proteică: DA NU
- ✓ Hipertensiune pulmonară: DA NU
- ✓ Corp pulmonar cronic decompensat: DA NU
- ✓ **Numarul de crize de astm/an obiectivate prin internari/alte documente medicale:**
.....
- ✓ **Pacient controlat terapeutic sau nu, evaluat prin scoruri ACT Asthma Control Test sau ACQ Asthma Control Questionnaire:**
.....
.....
.....
- ✓ **Teste spirometrice: PEF sau VEMS**
.....
.....
- ✓ **Gazometrie sanguină:**
 - pa O₂= 60-70mmHg
 - pa O₂= 50-60mmHg
 - pa O₂ ≤ 50
- ✓ Semne de insuficiență pulmonară: DA NU

Data completării:

**Semnătura și parafa
Medic specialist,**