UNITATEA SANITARĂ….....

Nr. .....data: .....

DOCUMENT MEDICAL ADIŢIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL
în vederea încadrării copilului cu dizabilităţi în grad de handicap

PENTRU COPILUL CARE NECESITĂ ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Nume şi prenume copil:..... **Vârsta:** .....

Cod numeric personal: .....

1. ***Diagnosticul medical, cod diagnostic:***

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

2. ***Nevoile de îngrijire paliativă ale copilului în cele patru dimensiuni - fizică, psiho-emoţională, socială şi spirituală***: RECOMANDĂRI SPECIFICE în concordanță cu diagnosticul stabilit**, cu referire la:**

Tratamentul medicamentos recomandat, schema de acordare şi durata acestuia:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

***Controlul medical periodic necesar monitorizării pacientului*:**

……

……

……

……

……

……

Servicii medicale / intervenţii medicale, evaluări medicale, alte servicii conexe actului medical:

……

……

……

……

……

……

……

Servicii / intervenții în ceea ce privește recuperarea / reabilitarea copilului fizică și emoțională:

……

……

……

……

……

……

……

Educație medicală acordată copilului şi familiei, îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare), îngrijiri de tip nursing, alte recomandări specifice:

……

……

……

……

……

NOTĂ: SE VA COMPLETA ÎN MOD OBLIGATORIU ÎN DETALIU, FIECARE ITEM.

Data completării:

Semnătura și parafa
Medic specialist,