

Măsuri de sprijin sau tratamente			
Participare la cursul pregătit de germană	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	<input type="checkbox"/> Este în plan
Terapie de limbaj (logopedie)	<input type="checkbox"/> Nu	<input type="checkbox"/> Încheiată	<input type="checkbox"/> Încă are loc <input type="checkbox"/> Este în plan
Informații privind bolile anterioare sau afecțiunile			
Copilul dumneavoastră a făcut vreun control oftalmologic?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
<i>Dacă da:</i> Au fost constatate sau stabilite următoarele:			
<input type="checkbox"/> Stare normală	<input type="checkbox"/> A fost prescrisă o pereche de ochelari		
<input type="checkbox"/> Vedere deficitară la distanță (miopie)	<input type="checkbox"/> Vedere deficitară la apropiere (hipermetropie)	<input type="checkbox"/> Strabism	
În ultimele 12 luni, ați mers cu copilul la dentist?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Deficiență congenitală severă de auz	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
<i>Dacă da,</i> răspundeți la următoarele întrebări:			
Deficiență congenitală de auz	<input type="checkbox"/> pe stânga	<input type="checkbox"/> pe dreapta	<input type="checkbox"/> pe ambele părți
Are aparat auditiv	<input type="checkbox"/> pe stânga	<input type="checkbox"/> pe dreapta	<input type="checkbox"/> pe ambele părți
Are implant cohlear	<input type="checkbox"/> pe stânga	<input type="checkbox"/> pe dreapta	<input type="checkbox"/> pe ambele părți
Tulburări metabolice / hormonale (doar diagnosticate de către un medic)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
<i>Dacă da, care?</i> <input type="checkbox"/> Deficit al Acyl CoA dehidrogenazei acizilor grași cu lanț mediu (MCAD)			
<input type="checkbox"/> Hipotiroidism (congenital)			
<input type="checkbox"/> Fenilcetonuria (PKU)		<input type="checkbox"/> Sindrom androgenital (AGS)	<input type="checkbox"/> Fibroză chistică
<input type="checkbox"/> Altele:		<input type="checkbox"/> Diabet zaharat (tip 1)	
<i>Vârsta la data punerii diagnosticului:</i> I__ I__ I__ I__ I__ I__ (ani / luni)			
Altele afecțiuni cronice:	<input type="checkbox"/> Da (<i>Care?</i>):	<input type="checkbox"/> Nu	
Handicap sever:	<input type="checkbox"/> Da (<i>Care?</i>):	<input type="checkbox"/> Nu	
Medicamente administrate regulat:	<input type="checkbox"/> Da (<i>Care?</i>):	<input type="checkbox"/> Nu	
Știți dacă vreo boală a copilului dumneavoastră necesită respectarea anumitor proceduri în situații de urgență (de exemplu, alergii, epilepsie etc.)?			
	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
<i>Dacă da, care?</i>			
Există în familie (părinți, frați/surori)			
▶ vreo tulburare de citire și scriere (dislexie)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
▶ vreo tulburare de calcul (discalculie)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	

Completat la data: