

ANEXA NR. 18

## Fișa de prezentare a cabinetului medical școlar din grădiniță/școală

În aceasta unitate de învățământ funcționează un cabinet medical școlar cu personal medical încadrat de către ASSMB.....

Activitatea cabinetului medical este asigurată conform actelor normative care reglementează asistența medicală din unitățile de învățământ.

Cabinetul medical asigură preșcolarilor și elevilor înscriși servicii medicale preventive (individuale și colective), consultații pentru afecțiuni acute și primul ajutor în caz de urgențe.

Pentru menținerea și îmbunătățirea permanentă a stării de sănătate a copilului dvs, precum și pentru respectarea normelor de sănătate publică, (și deoarece un anumit număr de ore copilul NU este sub supravegherea dvs.) vă aducem la cunoștință următoarele:

- La înscrierea în colectivitate/transferul din altă unitate de învățământ, trebuie să prezentați dovada imunizărilor efectuate copilului dvs., adeverința de intrare în colectivitate și fișa medicală deținută la altă unitate de învățământ.
- Pentru a putea asigura o asistență medicală optimă sunteți rugat să comunicați în scris cabinetului medical toate afecțiunile de care suferă copilul dvs. și să prezentați în acest sens scrisorile medicale și/sau biletele de ieșire din spital. Vă rugăm să comunicați, de asemenea, dacă urmează un tratament cronic sau este alergic la vreo substanță cu care ar putea veni în contact. Activitățile cabinetului medical sunt strict confidențiale. Totuși, dacă copilul dvs. suferă de o afecțiune care prin manifestările sale bruște îi poate pune în pericol imediat viața sau integritatea fizică (crize convulsive, astm bronșic, sincope etc.) este bine ca, înafară de personalul cabinetului medical, să anunțați și cadrele didactice pentru ca acestea să poată acționa până la sosirea personalului medical.
- În cazul în care copilul dvs. este diagnosticat sau suspionat că ar suferi de o boală contagioasă (transmisibilă și celorlalți copii din colectivitate), vă rugăm să aduceți acest lucru la cunoștința cabinetului medical al unității de învățământ în 24 ore de la diagnosticare/suspicionare pentru a putea lua măsurile antiepidemice în colectivitate.
- În cabinetul medical se efectuează triajul epidemiologic, conform legii, și se inițiază măsuri antiepidemice în focar de boli infecțioase conform metodologiilor în vigoare.
- În cabinetul medical școlar se efectuează conform legii, examinări medicale periodice anuale și de bilanț al stării de sănătate anual tuturor preșcolarilor și elevilor din clasele I-a, a IV-a, a VIII-a și a XII-a, în cadrul cărora copiii se examinează clinic (de exemplu: se măsoară tensiunea arterială, se examinează acuitatea vizuală și auditivă, se efectuează un examen clinic general). În cazul în care se depistează afecțiuni veți fi informați, iar dvs. vă revine responsabilitatea de a prezenta copilul la examinări la medicii specialiști și de a comunica rezultatele, respectiv de a prezenta scrisorile medicale de la medicii specialiști atât medicului de familie, cât și cabinetului medical școlar.
- În cabinetul medical școlar se efectuează acțiuni de educație pentru sănătate a preșcolarilor și elevilor. Pentru desfășurarea unora dintre aceste activități medicale, cabinetul medical școlar are nevoie de date cu caracter personal al copilului (CNP, adresă de domiciliu, număr de telefon al părinților).

În situația în care prelucrarea de date cu caracter personal în scopurile amintite vă afectează drepturile și interesele, ori sunteți interesat de o informare mai amplă legată de aceasta, vă rugăm să vă adresați Responsabilului cu protecția datelor cu caracter personal din cadrul....., la adresa de e-mail ....., conform articolului 38 alineat 4 din REGULAMENTUL nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Subsemnata/ul \_\_\_\_\_, părinte/reprezentant legal al elevei/elevului \_\_\_\_\_, născut la data \_\_\_\_\_, cu domiciliul stabil \_\_\_\_\_, număr de telefon \_\_\_\_\_, înscris în clasa \_\_\_\_\_, am fost informat în legătură cu activitatea cabinetului medical școlar, sunt de acord cu folosirea datelor cu caracter personal în scopuri medicale și îmi exprim acordul cu privire la efectuarea acțiunilor cu caracter profilactic în cabinetul medical școlar (triaj epidemiologic, alte acțiuni de combatere a răspândirii bolilor infecțioase în colectivitate, examen periodic și de bilanț al stării de sănătate a copilului meu, acțiuni de educație pentru sănătate).

NUME ȘI PRENUME PĂRINTE

SEMNĂTURA