Dynamo Camp
A place in Italy

PATOLOGIE NEUROLOGICHE

spina bifida,tetraparesi,emiplegia,distrofia muscolare

NOME E COGNOME DEL BAMBINO: _____ **Data di Nascita**_____

DIAGNOSI (Data della diagnosi):

Peso:
Altezza:

ALTRE PATOLOGIE correlate:

Altre patologie:

MEDICINALI

Compilate di seguito o scrivete "NO" nel caso il bambino non faccia uso di farmaci.

FARMACO	POSOLOGIA (QUANTITÀ E FREQUENZA-ORARIO)	SOMMINISTRAZIONE (via orale, intravenosa, intramuscolare, sottocutanea..)

il bambino deve portare al Camp tutto il materiale a lui necessario farmaci in quantità sufficiente, nelle confezioni originali, per tutto il periodo di soggiorno.

FARMACI CHE NON SI POSSONO SOMMINISTRARE PER SPECIFICHE ESIGENZE):

_____

ALLERGIE ALIMENTARI_____

ALLERGIE AI MEDICINALI _____

Ha mai avuto reazione/shock anafilattico? _____

Nome e Cognome del bambino_____ **Data di nascita**_____

Ha problemi alla vista? _____**Ha problemi di udito?** _____

Ha problemi nell'esprimersi? _____

Ha disabilità cognitive? _____

Presenta disturbi pervasivi dello sviluppo a spettro autistico? _____

Ha mai avuto crisi convulsive? Si _____ **No** ____ **Quando** _____ **Di che tipo?**_____

Segnalare, se presenti, problemi cardiopolmonari:

Mobilità Fisica

- ◻ movimenti degli **arti superiori** e manualità fine? _____ _____
- ◻ Cammina da solo? _____Se aiutato può camminare? _____
- ◻ Usa stampelle?_____ Usa Tutori?_____
- ◻ Usa la sedie a rotelle?_____ La usa motorizzata?_____
- ◻ Il bambino/ragazzo può partecipare alle seguenti attività presenti al camp?
  arrampicata Si ____ No_____ equitazione Si_____No_____tiro con l'arco Si ____ No_____
  piscina Si ____ No_____campeggio in oasi _____
- ◻ Sport abitualmente praticato _____
- ◻ Che tipo di assistenza e/o ausili necessita per le manovre di spostamento?
  _____
  _____

Apparato urogenitale

- ◻ diuresi : _____
- ◻ enuresi _____
- ◻ **cateterizzazione**? Si____ No____ Sono necessari i pannoloni? _____
- ◻ **Frequenza** e **orario:** → _____
- ◻ **Cateterismo: AUTONOMO**_____ **CON ASSISTENZA TOTALE** _____
- ◻ **CON ASSISTENZA PARZIALE**_____
- ◻ **GLI DEVE ESSERE RICORDATO**_____
- ◻ Misura del catetere?_____ irrigazione vescicale _____
- ◻ con cosa?_____

Frequenza delle infezioni del **tratto urinario?** _____

Nome e Cognome del bambino_____ Data di nascita_____

Se lo ritenete necessario, potete inserire una relazione clinica (scritta a macchina o in stampatello) per fornire ulteriori informazioni utili per una migliore assistenza al bambino.

Le infezioni del tratto urinario sono solitamente trattate?_____

* Controllo intestinale: il camper è incontinente per feci?_____ Costipato_____
Richiede clisteri_____/supposte_____, Peristeen_____ quanto spesso? _____

* Se è incontinente per feci, il ragazzo dovrà eseguire una coprocoltura per cryptosporidium nelle 4 settimane precedenti il soggiorno al camp, per poter accedere alla piscina. Il Cryptosporidium è un agente infettivo pericoloso per bambini immunosoppressi.

Assistenza per igiene?_____ Completamente assistito_____ Assistenza minima_____

Integrità della pelle: ci sono lesioni da decubito o altri problemi della pelle?_____

Qual è il trattamento che usa di solito? _____

Alimentazione

E' necessaria una nutrizione assistita?_____ Dieta macinata_____

Altra dieta speciale _____

Deglutizione regolare _____ difficoltosa_____

Nome e Cognome del bambino_____ Data di nascita_____

DICHIARAZIONE E CONTATTI DEL MEDICO CURANTE

Ho visitato il minore sopra indicato ed a cui la presente scheda medica di riferisce e ritengo che sia fisicamente in grado di intraprendere le attività di Dynamo Camp

_____ _____

Data Firma e Timbro del Medico

CONTATTI DEL MEDICO
NOME E COGNOME:
SPECIALIZZAZIONE (Pediatra, Oncologo, Ematologo..):
INDIRIZZO:
TEL:
TEL DI EMERGENZA/CELL:
EMAIL:
OSPEDALE DI RIFERIMENTO
REPARTO ED OSPEDALE:
TEL:
EVENTUALE ALTRO CONTATTO MEDICO: Dott./Dott.ssa