

SCHEDA MEDICA EMOFILIA

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

DIAGNOSI (BARRARE LA CASELLA) :	<input type="checkbox"/> EMOFILIA A (deficit Fattore VIII) <input type="checkbox"/> EMOFILIA B (deficit Fattore IX) <input type="checkbox"/> ALTRO _____
GRADO DI SEVERITA':	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> grave
	PERCENTUALE del FATTORE: ____ %

BREVE ANAMNESI E STORIA MEDICA (Per cortesia inserite anche i dettagli che ritenete rilevanti per la partecipazione e la migliore assistenza del bambino al Camp):

ALTRE EVENTUALI PATOLOGIE:

ALLERGIE A MEDICINALI (O FARMACI CHE NON SI DEVONO SOMMINISTRARE PER SPECIFICHE ESIGENZE):

ALLERGIE IN GENERALE:

Se Si, ha mai avuto reazione/shock anafilattico?

Presenta disturbi pervasivi dello sviluppo a spettro autistico? _____

MEDICINALI

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

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

Ricordate che il bambino dovrà portare al Camp tutto il materiale a lui necessario (farmaci in quantità sufficiente, garze, bendaggi e altro) per tutto il periodo di soggiorno.

Nome e Cognome del Bambino _____

Data di Nascita _____

FATTORE DI INFUSIONE UTILIZZATO:

È POSSIBILE UTILIZZARE FATTORE DI ALTRE DITTE FARMACEUTICHE IN CASO DI NECESSITA'?

NO SI → quale: _____

	DOSE di FATTORE	FREQUENZA di SOMMINISTRAZIONE (giorno della settimana)
TERAPIA PROFILATTICA		
FERITE MINORI (CUTE o MUSCOLI)		
TRAUMI ARTICOLARI		
TRAUMI SEVERI (es. CRANICI)		

NECESSITA' DI UNA PRE-MEDICAZIONE (es. EMLA) PRIMA DELL'INFUSIONE DEL FATTORE?

NO SI → INDICARE DI SEGUITO:

FARMACO	DOSAGGIO E VIA SOMMINISTRAZIONE (orale, IV, sottocutanea..)	QUANTO PRIMA DELLA INFUSIONE DI FATTORE

UTILIZZO DI ALTRI FARMACI IN CASO DI LIEVI EPISODI DI SANGUINAMENTO (es. epistassi, lievi ferite o altro)? NO SI → INDICARE DI SEGUITO:

FARMACO	DOSAGGIO e via SOMMINISTRAZIONE (orale, IV, sottocutanea..)	FREQUENZA

UTILIZZO DI FARMACI ANTALGICI IN CASO DI DOLORE?

FARMACO	DOSAGGIO e via SOMMINISTRAZIONE (orale, IV, sottocutanea..)	FREQUENZA

IL BAMBINO PROVVEDE DA SÉ ALL'INFUSIONE?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI, CON ASSISTENZA descrivere:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO, MA VORREBBE IMPARARE
-----------------------------	--	-----------------------------	---

Nome e Cognome del Bambino _____

Data di Nascita _____

IL BAMBINO PRESENTA INIBITORI? NO SI

Se SI, qual è il trattamento in caso di inibitori:

IL BAMBINO HA DELLE ARTICOLAZIONI BERSAGLIO? NO SI

Se SI, quali:

IL BAMBINO PRESENTA IMPEDIMENTO FUNZIONALE DI QUALCHE ARTICOLAZIONE O ALTRI DISTURBI? NO SI

Se SI, quali:

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 _____

DICHIARAZIONE E CONTATTI DEL MEDICO

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 CHE HA COMPILATO I FORMULARI

NOME E COGNOME:

SPECIALIZZAZIONE (Pediatria, Oncologo, Ematologo..):

INDIRIZZO:

TEL:

TEL DI EMERGENZA/CELL:

EMAIL:

OSPEDALE DI RIFERIMENTO

REPARTO ED OSPEDALE:

INDIRIZZO:

TEL:

EVENTUALE ALTRO CONTATTO MEDICO: Dott./Dott.ssa