

SCHEMA MEDICA THALASSEMIA

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

DIAGNOSI SPECIFICA (specificare tipo SS, SC, S-Thal e data): _____

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 e patologie associate:

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

ALLERGIE IN GENERALE:

Se Sì, ha mai avuto reazione/shock anafilattico?

INFORMAZIONI GENERALI

LIMITAZIONI DI NATURA FISICA ATTUALI E ALTRI PROBLEMI MEDICI (es. perdita della vista o dell'udito; amputazioni, utilizzo stampelle o carrozzina; asma, attacchi epilettici, iperattività, ansietà, fragilità ossea) **CHE POTREBBERO INTERFERIRE CON LE ATTIVITA' DEL CAMP** (es. arrampicata, tiro con l'arco, equitazione, campeggio notturno, piscina):

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..)

Nome e Cognome del bambino _____

Data di Nascita _____

TERAPIA CHELANTE:

- Terapia parenterale con DESFERAL:
 - NO SI → dosaggio/modalità infusione → spazio apposito
- Terapia con FERROCHELANTI ORALI:
 - NO SI → dosaggio/modalità assunzione → tabella farmaci

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.

INTERVENTI

Il BAMBINO E' STATO SPLENECTOMIZZATO?

- SI → • quando: __ / __ / __
 - terapia antibiotica precoce in caso di febbre:
 - NO
 - SI con quale farmaco: _____
 - a che dosaggio: _____
- NO

Il BAMBINO E' STATO COLECISTECTOMIZZATO?

- SI
- NO → • ha coelitiasi: NO SI

PROCEDURA PER PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI DESFERAL

Dosaggio del Desferal:

Quantitativo di acqua sterile:

Durata e velocità dell'infusione:

Numero di somministrazioni alla settimana:

Tipo di ago utilizzato per l'infusione sottocutanea:

Il bambino utilizza EMLA prima del posizionamento dell'ago sottocutaneo? :

- NO SI → quanto tempo prima: ____ min.

Eventuali istruzioni speciali:

Produttore e modello della pompa:

Procedura seguita abitualmente in caso di rottura della pompa:

Numero da chiamare eventualmente per assistenza o sostituzione della pompa:

Nome e Cognome del bambino _____

Data di Nascita _____

Data ultima trasfusione:

COMMENTI:

Esistono restrizioni MEDICHE per le attività presenti al camp? Si ____ No ____

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** _____

Si ricorda di compilare e firmare i riquadri sottostanti obbligatoriamente!!

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 (Pediatra, Oncologo, Ematologo..):

INDIRIZZO:

TEL:

TEL DI EMERGENZA/CELL:

EMAIL:

OSPEDALE DI RIFERIMENTO

REPARTO ED OSPEDALE:

INDIRIZZO:

TEL:

EVENTUALE ALTRO CONTATTO MEDICO: Dott./Dott.ssa