

**SEZIONE MEDICA
MICI
Malattie infiammatorie Croniche Intestinali**

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

DIAGNOSI: _____
DATA DELLA DIAGNOSI: _____
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:
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..)
ALLERGIE A MEDICINALI (O FARMACI CHE <u>NON</u> SI DEVONO SOMMINISTRARE PER SPECIFICHE ESIGENZE):		
Presenta disturbi pervasivi dello sviluppo a spettro autistico? _____		

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 _____

Il bambino è stato ospedalizzato a causa della MICI? _____
Il bambino è stato colostomizzato? Si _____ No _____ Se Si necessita di assistenza? Si _____ No _____
Il bambino ha ricevuto steroidi per via endovenosa o orale negli anni passati? Si _____ No _____
Se Si quante volte? _____ Con quali dosaggi? _____
Ogni quanto il bambino ha febbre o vomito? Ogni settimana _____ Ogni mese _____ Una volta l'anno _____
Lamenta dolori articolari? 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 _____

Il bambino ha dolori addominali: Mai _____ Moderati _____ Severi _____

Alvo
feci: 0-3 liquide/ senza sangue 0-3 poco formate/ scarso sanguinamento >6Liquide/
sanguinamento abbondante
Fistole o ascessi perirettali

Alimentazione e DIETA

Per favore elencare in modo dettagliato le necessità alimentari del bambino e indicare eventualmente quali cibi non deve mangiare

Il bambino si alimenta normalmente? Si _____ No _____

Se no specificare _____

Altro _____

Cibi proibiti _____

Altro _____

LIMITAZIONI DI NATURA FISICA ATTUALI E ALTRI PROBLEMI MEDICI (es. perdita della vista o dell'udito; amputazioni, utilizzo stampelle o carrozzina; asma, incontinenza, restrizioni dietetiche, attacchi epilettici, disturbi dell'attenzione, iperattività, autismo, depressione, ansietà, disturbi alimentari):

Il bambino soffre di allergie o intolleranze alimentari non dipendenti dalla celiachia?
Se sì, per favore specificare quali:

Nome e Cognome del Bambino _____ Data di Nascita _____

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