

SCHEDA MEDICA PIASTRINOPENIA

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

DIAGNOSI SPECIFICA (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?

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..)

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)

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** _____

Nome e Cognome del Bambino _____ Data di Nascita _____

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 HA SUBITO ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI?

- SI → • quale _____ quando: __ / __ / __
- NO

TERAPIE EFFETTUATE

IL BAMBINO SEGUE UN PROGRAMMA REGOLARE DI TRASFUSIONI?

- NO SI → • quali e con quale FREQUENZA:

TERAPIA SPECIFICA EFFETTUATA:

- Cortisonici:
 - NO SI
- Immunoglobuline:
 - NO SI
- Anticorpi monoclonali:
 - NO SI → specificare
- Altra terapia:
 - NO SI → specificare

IL BAMBINO E' SOTTOPOSTO AD UN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CONTINUATIVO?

- NO SI → • dosaggio/modalità assunzione → tabella farmaci

IL BAMBINO È IN PROFILASSI:

- ANTIBIOTICA CONTINUATIVA?
 - NO SI → • dosaggio/modalità assunzione → tabella farmaci
- ALTRI FARMACI?
 - 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.

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 (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