

SCHEDA MEDICA ANEMIA FALCIFORME

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:

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

ALLERGIE IN GENERALE:

Se Sì, ha mai avuto reazione/shock anafilattico?

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)

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..) |
|---------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 _____

REGIME TRASFUSIONALE E TERAPIE

IL BAMBINO SEGUE UN PROGRAMMA REGOLARE DI TRASFUSIONI?

- NO SI → • con quale FREQUENZA: ogni _____ giorni
• con quale VALORE di HbS preTS: _____%

IL BAMBINO E' SOTTOPOSTO A SCAMBI ERITROCITARI?

- NO SI → • con quale FREQUENZA: ogni _____ giorni
• con quale VALORE di HbS pre: _____%

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 → • con quale farmaco: _____ a che dose: _____
- DA FOLATI?
 NO SI → • con quale farmaco: _____ a che dose: _____

QUANTE CRISI DOLOROSE, DELLA DURATA DI ALMENO 2 ORE, HA AVUTO NEGLI ULTIMI MESI?

Con quale localizzazione preferenziale? _____

Ci sono stati eventi scatenanti di rilievo particolare? _____

QUANTE VOLTE NELL'ULTIMO ANNO IL BAMBINO È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE ?

INTERVENTI

IL BAMBINO E' STATO SPLENECTOMIZATO ?

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

Nome e Cognome del Bambino _____

Data di Nascita _____

ALTRE INFORMAZIONI SPECIFICHE

HA AVUTO CRISI VASO-OCCLUSIVE? NO SI → specificare di seguito

DI QUALE TIPO:

- infarcimento polmonare
- infarto intestinale
- ictus cerebri
- infarti ossei
- altro: _____

DI QUALE GRAVITA':

- lieve
- moderata
- severa
- rischio vita

CI SONO STATE DELLE COMPLICANZE LEGATE ALLA PATOLOGIA (Necrosi asettica, artriti, infezioni o altro)?

MEDICINALI PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE

| | FARMACO | DOSAGGIO | VIA SOMMINISTRAZIONE |
|--------------------|---------|----------|-------------------------|
| DOLORE LEGGERO: | | | |
| DOLORE MODERATO: | | | |
| DOLORE SEVERO: | | | |
| ALTRE INDICAZIONI: | | | |

EVENTUALI PARTICOLARI SUGGERIMENTI PER LE SEGUENTI ATTIVITA' (Cavallo, Arrampicata, Tiro con l'arco, Campeggio in Oasi a 1.000 metri, Piscina)

Vi chiediamo di valutare: è possibile che il bambino possa affrontare l'intero periodo del viaggio e del soggiorno senza una crisi seria? SI NO

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 |