



# ONCOLOGIA - EMATOLOGIA - TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO - CATETERE VENOSO CENTRALE

**NOME E COGNOME DEL BAMBINO:** \_\_\_\_\_ **Data di Nascita** \_\_\_\_\_

DIAGNOSI (specificare tipo e data della diagnosi): \_\_\_\_\_

IL BAMBINO È AL CORRENTE DELLA TIPOLOGIA DELLA SUA MALATTIA: SI\_\_ NO\_\_

**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 NON SI DEVONO SOMMINISTRARE PER SPECIFICHE ESIGENZE):**

**ALLERGIE IN GENERALE:**

Se Sì, ha mai avuto reazione/shock anafilattico?

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 \_\_\_\_\_

## 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)

## CHEMIOTERAPIA

IL BAMBINO È STATO IN TRATTAMENTO CON CHEMIOTERAPIA?  NO  SI

- è ancora in trattamento?  NO data ultimo ciclo chemioterapia:  
 SI dosaggio/modalità assunzione → tabella farmaci

## RADIOTERAPIA

IL BAMBINO È STATO SOTTOPOSTO A RADIOTERAPIA ?

NO  SI → • quando: \_\_\_\_\_ • zona irradiata \_\_\_\_\_

IL BAMBINO HA AVUTO INFEZIONI GRAVI ?

NO  SI → • quando: \_\_\_\_\_

## TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO

IL BAMBINO È STATO SOTTOPOSTO A TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO?

NO  SI (quando → \_\_\_\_\_ )

- tipo:  AUTOLOGO
- ALLOGENICO - fratello
  - donatore non correlato
  - aploidentico

HA ATTUALMENTE GRAFT?  NO  SI

**Se lo ritenete necessario, potete inserire una relazione clinica (scritta a macchina o in stampatello) per fornire ulteriori informazioni utili per una migliore assistenza al bambino.**

Nome e Cognome del Bambino \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

### CATETERE VENOSO CENTRALE

#### TIPO DI CATETERE:

Broviac    Hickman    Groshong    Clamless    Port-a-cath    Infuse-a-port

### ISTRUZIONI PER LA CURA DEL CATETERE

CON CHE FREQUENZA VIENE LAVATO? ogni \_\_\_\_ gg

PER IL LAVAGGIO VIENE UTILIZZATA:  soluzione fisiologica  
 soluzione eparinata: a quale diluizione? \_\_\_\_\_

CON QUALE FREQUENZA VIENE CAMBIATA LA MEDICAZIONE A LIVELLO DELL'EMERGENZA DEL CATETERE? ogni \_\_\_\_ gg.

IN CHE GIORNO DELLA SETTIMANA VIENE SOSTITUITO IL TAPPO?

Lunedì   Martedì   Mercoledì   Giovedì   Venerdì   Sabato   Domenica

IL BAMBINO PROVVEDE DA SOLO ALLA CURA (LAVAGGIO/MEDICAZIONE) DEL CATETERE?  
(specificare se in tutto o in parte)

IN CASO DI PORT-A-CATH/INFUSE-A-PORT IL BAMBINO UTILIZZA EMLA PER LA PUNTURA DELLA CUTE SOPRA IL POZZETTO?

NO    SI → quanto tempo prima la applica? \_\_\_\_ min.

EVENTUALI ISTRUZIONI SPECIALI (es. per la doccia o altro):

**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** \_\_\_\_\_

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

<b>CONTATTI DEL MEDICO CHE HA COMPILATO I FORMULARI</b>
NOME E COGNOME:
SPECIALIZZAZIONE (Pediatra, Oncologo, Ematologo..):
INDIRIZZO:
TEL:
TEL DI EMERGENZA/CELL:
EMAIL:
<b>OSPEDALE DI RIFERIMENTO</b>
REPARTO ED OSPEDALE:
INDIRIZZO:
TEL: