

PATOLOGIE REUMATOLOGICHE

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

DIAGNOSI (Data della diagnosi):

ALTRE PATOLOGIE correlate:

MEDICINALI

Compilate di seguito o scrivete "NO" nel caso il bambino non faccia uso di farmaci.

FARMACO	POSOLOGIA (QUANTITÀ E FREQUENZA-ORARIO)	SOMMINISTRAZIONE <small>(via orale, intravenosa, intramuscolare, sottocutanea..)</small>

**il bambino deve portare al Camp tutto il materiale a lui necessario
farmaci in quantità sufficiente, nelle confezioni originali, per tutto il periodo di soggiorno.**

FARMACI CHE NON SI POSSONO SOMMINISTRARE PER SPECIFICHE ESIGENZE):

ALLERGIE ALIMENTARI _____

ALLERGIE AI MEDICINALI _____

Ha mai avuto reazione/shock anafilattico? _____

Nome e Cognome del Bambino _____ Data di Nascita _____

Il vostro bambino lamenta rigidità mattutina ? Sì No

Se sì , per quanto tempo? _____

Il vostro bambino utilizza trattamenti non medici (stretching , esercizio , ghiaccio , calore, bendaggi , tecniche di rilassamento , ecc) ?

Usa stampelle? _____ Usa Tutori? _____

Usa la sedia a rotelle? _____

INDICARE EVENTUALI LIMITAZIONI DI NATURA FISICA ATTUALI E ALTRI PROBLEMI MEDICI

(es. perdita della vista o dell'udito; asma, enuresi, restrizioni dietetiche, disturbi alimentari):

Il bambino/ragazzo può partecipare alle seguenti attività presenti al camp?

Arrampicata Sì___ No___ **Equitazione** Sì___ No___ **Tiro con l'arco** Sì___ No___

Piscina Sì___ No___ **Campeggio in pasi** Sì___ No___

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 _____

DICHIARAZIONE E CONTATTI DEL MEDICO CURANTE

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

NOME E COGNOME:

SPECIALIZZAZIONE (Pediatra, Oncologo, Ematologo..):

INDIRIZZO:

TEL:

TEL DI EMERGENZA/CELL:

EMAIL:

OSPEDALE DI RIFERIMENTO

REPARTO ED OSPEDALE:

TEL:

EVENTUALE ALTRO CONTATTO MEDICO: Dott./Dott.ssa