



**SEZIONE MEDICA  
MICI  
Malattie infiammatorie Croniche Intestinali**

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

<b>DIAGNOSI:</b> _____
<b>DATA DELLA DIAGNOSI:</b> _____
<b>BREVE ANAMNESI E STORIA MEDICA</b> (Per cortesia inserite anche i dettagli che ritenete rilevanti per la partecipazione e la migliore assistenza del bambino al Camp):  
<b>ALTRE EVENTUALI PATOLOGIE:</b>  
<b>MEDICINALI</b>

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..)
<b>ALLERGIE A MEDICINALI (O FARMACI CHE <u>NON</u> SI DEVONO SOMMINISTRARE PER SPECIFICHE ESIGENZE):</b>		
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 (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