

SEZIONE 2- INFORMAZIONI MEDICHE  
(A cura del medico di riferimento  
del bambino)

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

DIAGNOSI (Data della diagnosi):

ALTRE PATOLOGIE correlate:

Altre 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..)

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 \_\_\_\_\_

Ha problemi alla vista? \_\_\_\_\_ Ha problemi di udito? \_\_\_\_\_

Ha problemi nell'esprimersi? \_\_\_\_\_

Ha disabilità cognitive? \_\_\_\_\_

Presenta disturbi pervasivi dello sviluppo a spettro autistico? \_\_\_\_\_

Ha mai avuto crisi convulsive? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Quando \_\_\_\_\_ Di che tipo? \_\_\_\_\_

Segnalare, se presenti, problemi cardiopolmonari:

### Mobilità Fisica

- movimenti degli **arti superiori** e manualità fine? \_\_\_\_\_
- Cammina da solo? \_\_\_\_\_ Se aiutato può camminare? \_\_\_\_\_
- Usa stampelle? \_\_\_\_\_ Usa Tutori? \_\_\_\_\_
- Usa la sedia a rotelle? \_\_\_\_\_ La usa motorizzata? \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_
- Sport abitualmente praticato \_\_\_\_\_
- Che tipo di assistenza e/o ausili necessita per le manovre di spostamento?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Apparato urogenitale

- diuresi : \_\_\_\_\_
- enuresi \_\_\_\_\_
- cateterizzazione**? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sono necessari i pannoloni? \_\_\_\_\_
- Frequenza e orario:** → \_\_\_\_\_
- Cateterismo:** **AUTONOMO** \_\_\_\_\_ **CON ASSISTENZA TOTALE** \_\_\_\_\_
- CON ASSISTENZA PARZIALE** \_\_\_\_\_
- GLI DEVE ESSERE RICORDATO** \_\_\_\_\_
- Misura del catetere? \_\_\_\_\_ irrigazione vescicale \_\_\_\_\_
- con cosa? \_\_\_\_\_
- Frequenza delle infezioni del **tratto urinario**? \_\_\_\_\_

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

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.

### DICHIARAZIONE E CONTATTI DEL MEDICO CURANTE

#### Le infezioni del tratto urinario sono solitamente trattate? \_\_\_\_\_

\* Controllo intestinale: il camper è incontinente per feci? \_\_\_\_\_ Costipato \_\_\_\_\_  
Richiede clisteri \_\_\_\_\_/supposte \_\_\_\_\_, Peristeen \_\_\_\_\_ quanto spesso? \_\_\_\_\_

\* Se è incontinente per feci, il ragazzo dovrà eseguire una coprocultura per cryptosporidium nelle 4 settimane precedenti il soggiorno al camp, per poter accedere alla piscina. Il Cryptosporidium è un agente infettivo pericoloso per bambini immunosoppressi.

Assistenza per igiene? \_\_\_\_\_ Completamente assistito \_\_\_\_\_ Assistenza minima \_\_\_\_\_

**Integrità della pelle:** ci sono lesioni da decubito o altri problemi della pelle? \_\_\_\_\_

**Qual è il trattamento che usa di solito?** \_\_\_\_\_

#### Alimentazione

E' necessaria una nutrizione assistita? \_\_\_\_\_ Dieta macinata \_\_\_\_\_

Altra dieta speciale \_\_\_\_\_

Deglutizione regolare \_\_\_\_\_ difficoltosa \_\_\_\_\_

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 (Pediatria, Oncologo, Ematologo..):

INDIRIZZO:

TEL:

TEL DI EMERGENZA/CELL:

EMAIL:

### OSPEDALE DI RIFERIMENTO

REPARTO ED OSPEDALE:

TEL:

EVENTUALE ALTRO CONTATTO MEDICO: Dott./Dott.ssa