

## SCHEDA MEDICA PIASTRINOPENIA

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

**DIAGNOSI SPECIFICA** (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 e patologie associate:

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

ALLERGIE IN GENERALE:

Se Sì, ha mai avuto reazione/shock anafilattico?

### 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..)

### 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)

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 oasi** \_\_\_\_\_

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

INTERVENTI
II BAMBINO E' STATO SPLENECTOMIZZATO? <input type="checkbox"/> SI → • quando: __ / __ / __ • terapia antibiotica precoce in caso di febbre: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI con quale farmaco: _____ a che dosaggio: _____  <input type="checkbox"/> NO
II BAMBINO HA SUBITO ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI? <input type="checkbox"/> SI → • quale _____ quando: __ / __ / __ <input type="checkbox"/> NO

TERAPIE EFFETTUATE
IL BAMBINO SEGUE UN PROGRAMMA REGOLARE DI TRASFUSIONI? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → • quali e con quale FREQUENZA:
TERAPIA SPECIFICA EFFETTUATA: <input type="checkbox"/> Cortisonici: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Immunoglobuline: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Anticorpi monoclonali: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → specificare <input type="checkbox"/> Altra terapia: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → specificare
IL BAMBINO E' SOTTOPOSTO AD UN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CONTINUATIVO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → • dosaggio/modalità assunzione → tabella farmaci
IL BAMBINO È IN PROFILASSI: • ANTIBIOTICA CONTINUATIVA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → • dosaggio/modalità assunzione → tabella farmaci • ALTRI FARMACI? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → • dosaggio/modalità assunzione → tabella farmaci

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

## 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:
EVENTUALE ALTRO CONTATTO MEDICO: Dott./Dott.ssa