



## SCHEDA MEDICA ANEMIA FALCIFORME

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

**DIAGNOSI SPECIFICA** (specificare tipo SS, SC, S-Thal 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:**

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

**ALLERGIE IN GENERALE:**

Se Sì, ha mai avuto reazione/shock anafilattico?

**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)

### 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..)

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

### REGIME TRASFUSIONALE E TERAPIE

IL BAMBINO SEGUE UN PROGRAMMA REGOLARE DI TRASFUSIONI?

- NO     SI → • con quale FREQUENZA: ogni \_\_\_\_\_ giorni  
• con quale VALORE di HbS preTS: \_\_\_\_\_%

IL BAMBINO E' SOTTOPOSTO A SCAMBI ERITROCITARI?

- NO     SI → • con quale FREQUENZA: ogni \_\_\_\_\_ giorni  
• con quale VALORE di HbS pre: \_\_\_\_\_%

IL BAMBINO E' SOTTOPOSTO AD UN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CONTINUATIVO?

- NO     SI → • dosaggio/modalità assunzione → tabella farmaci

IL BAMBINO È IN PROFILASSI:

- ANTIBIOTICA CONTINUATIVA?  
 NO     SI → • con quale farmaco: \_\_\_\_\_ a che dose: \_\_\_\_\_
- DA FOLATI?  
 NO     SI → • con quale farmaco: \_\_\_\_\_ a che dose: \_\_\_\_\_

QUANTE CRISI DOLOROSE, DELLA DURATA DI ALMENO 2 ORE, HA AVUTO NEGLI ULTIMI MESI?

\_\_\_\_\_

Con quale localizzazione preferenziale? \_\_\_\_\_

Ci sono stati eventi scatenanti di rilievo particolare? \_\_\_\_\_

QUANTE VOLTE NELL'ULTIMO ANNO IL BAMBINO È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE ?

\_\_\_\_\_

### INTERVENTI

IL BAMBINO E' STATO SPLENECTOMIZATO ?

- SI → • quando: \_\_ / \_\_ / \_\_  
• terapia antibiotica precoce in caso di febbre:  
 NO     SI → con quale farmaco: \_\_\_\_\_ a che dose: \_\_\_\_\_
- NO → • ha splenomegalia:  NO     SI

Nome e Cognome del Bambino \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

### ALTRE INFORMAZIONI SPECIFICHE

HA AVUTO CRISI VASO-OCCLUSIVE? NO  SI → specificare di seguito

DI QUALE TIPO:

- infarcimento polmonare
- infarto intestinale
- ictus cerebri
- infarti ossei
- altro: \_\_\_\_\_

DI QUALE GRAVITA':

- lieve
- moderata
- severa
- rischio vita

CI SONO STATE DELLE COMPLICANZE LEGATE ALLA PATOLOGIA (Necrosi asettica, artriti, infezioni o altro)?

### MEDICINALI PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE

	FARMACO	DOSAGGIO	VIA SOMMINISTRAZIONE
DOLORE LEGGERO:			
DOLORE MODERATO:			
DOLORE SEVERO:			
ALTRE INDICAZIONI:			

EVENTUALI PARTICOLARI SUGGERIMENTI PER LE SEGUENTI ATTIVITA' (Cavallo, Arrampicata, Tiro con l'arco, Campeggio in Oasi a 1.000 metri, Piscina)

Vi chiediamo di valutare: è possibile che il bambino possa affrontare l'intero periodo del viaggio e del soggiorno senza una crisi seria?  SI  NO

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