



PATOLOGIE NEUROLOGICHE
spina bifida, tetraparesi, emiplegia, distrofia
muscolare

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

DIAGNOSI (Data della diagnosi):

Peso: _____
Altezza: _____

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.

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 _____

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