

ONKOLOGIJA - HEMATOLOGIJA
TRASNPLATACIJA KOŠTANE SRŽI –
CENTRALNI VENSKI KATETER

IME I PREZIME DETETA: _____ Datum rođenja _____

DIJAGNOZA (Navedite vrstu i datum dijagnoze): _____

DA LI JE DETE INFORMISANO O SVOJOJ BOLESTI? DA _____ NE _____

KRATKA ANAMNEZA I ISTORIJA BOLESTI (Molimo da dodate detaljne informacije koje bi mogle biti od velike važnosti za učešće deteta i bolju pomoć u kampu)

DODATNE PATOLOGIJE (osim njegove / njene primarne bolesti)

LEKOVI

Ispunite praznine ispod ili napišite **NE** u slučaju da dete ne koristi lekove.

IME LEKA	DOZA (KOLIČINA I FREKVENCIJA-VREME UZIMANJA)	NAČIN UZIMANJA LEKA (oralni, intravenski, intramuskularni, subkutani ili drugi)

ALERGIJA NA LEKOVE ILI LEKOVI KOJI NE SMEJU DA SE DAJU: OSTALE

DRUGE ALERGIJE:

Ukoliko je odgovor da, da li je on/ona ikada imala reakciju/anafilaktički šok?

Da li on / ona ima prisutne razvojne poremećaje u spektru autizma?

Sva deca su dužna da u kamp donesu dovoljno lekova, gaza, zavoja i sl. prema svojim potrebama tokom boravka.

Ime I prezime deteta _____ Datum rođenja _____

OPŠTE INFORMACIJE

TREKUTNA FIZIČKA OGRANIČENJA I INVALIDITETI DETETA (npr. gubitak vida i / ili sluha, amputacija udova, upotreba štaka ili kolica itd.)

HEMOTERAPIJA

DA LI JE DE TE PRIMALO HEMOTERAPIJU? NE
 DA

- hemoterapija je u toku? NE
 DA doza/administracija (davanje) - medicinski karton

POSLEDNJI DATUM HEMOTERAPIJE:

RADIOTERAPIJA

DA LI JE DE TE BILO PODVRGNUTO RADIOTERAPIJI ?

NE DA → • kada? _____

• ozračena zona: _____

DA LI JE DE TE IMALO NEKU TEŠKU INFEKCIJU?

NE DA → • kada?: _____

TRANSPLATACIJA KOŠTANE SRŽI

DA LI JE DE TE IMALO TRANSPLATACIJU KOŠTANE SRŽI?

NE DA kada →

• tip: A U T O L O G N A

A L O G E N A

- brat
- donator s kojim nije u rodu
- haploidentički

DA LI DE TE TRENUTNO IMA GRAFT? NE DA

Ukoliko je potrebno, dodajte kliničke izveštaje (iskucane ili napisane štampanim slovima), kako bi nam dali dodatne informacije koje su nam potrebne kako bismo detetu pružili najbolju moguću pomoć u kampu.

Ime i prezime deteta _____ Datum rođenja _____

CENTRALNI VENSKI KATETER

TIP KATETERA:

Broviac Hickman Groshong Clamless Port-a-cath Infuse-aport

INSTRUKCIJE ZA ODRŽAVANJE KATETERA

KOLIKO ČESTO SE ČISTI CVK ? svakih _____ dana

TIP ČIŠĆENJA:

fiziološko čišćenje
 heparinsko čišćenje: koja koncentracija? _____

KOLIKO ČESTO SE OBRAĐUJE KATETER? svakih _____ dana

KOG DANA SE MENJA POKLOPAC KATETERA?

Ponedjeljak Utorak Sreda Četvrtak Petak Subota Nedelja

MOŽE LI DETE DA VODI RAČUNA O CVK? (ČIŠĆENJE/LEKOVI)

U SLUČAJU UGRADNOG ILI INFUZIJSKOG KATETERA, DA LI SE KORISTI EMLA PRI PUNKCIJI KOŽE?

NE DA → koliko pre? _____ min.

POSEBNA UPUTSTVA (kupanje, tuširanje i drugo):

Sa MEDICINSKE tačke gledišta, može li dete učestvovati u sljedećim aktivnostima?

Penjane DA ___ NE ___ Jahanje DA ___ NE ___ Streličarstvo DA ___ NE ___

Bazen DA ___ NE ___ Kampovanje u prirodi? DA ___ NE ___

Ime i prezime deteta _____

Datum rođenja _____

IZJAVA I KONTAKT LEKARA

Pregledao sam gore pomenuto dete na koje se ovaj medicinski formular odnosi i ovim potvrđujem da je on/ona fizički u stanju da učestvuje u aktivnostima Dinamo kampa.

_____ Datum

_____ Pečat i potpis lekara

KAKO KONTAKTIRATI LEKARA ZADUŽENOG ZA FORMULARE
IME I PREZIME:
SPECIJALIZACIJA (Pedijatrija, Onkologija, Hematologija...):
ADRESA:
TELEFON:
BROJ TELEFONA/MOBILNOG ZA HITNE SLUČAJEVE:
EMAIL:
REFERENTNA BOLNICA
ODELJENJE I IME BOLNICE :
ADRESA:
TELEFON: