

HEMOFILIJA

IME I PREZIME DETETA: _____ Datum rođenja _____

DIJAGNOZA (OBELEŽI):	<input type="checkbox"/> HEMOFILIJA A (Nedostatak faktora VIII)	
	<input type="checkbox"/> HEMOFILIJA B (Nedostatak faktora IX)	
	<input type="checkbox"/> DRUGO _____	
TEŽINA BOLESTI:	<input type="checkbox"/> blago	PROCENAT FAKTORA: _____ %
	<input type="checkbox"/> umereno	
	<input type="checkbox"/> teško	

MEDICINSKA ISTORIJA (Molim vas, unesite sve detalje koje smatrate relevantnim za učesće i najbolju pomoć detetu u kampu):

OSTALE PATOLOGIJE (sem primarne bolesti)

ALERGIJE NA LEKOVE ILI LEKOVI KOJI SE NE SMEJU DAVATI DETETU:

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?

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)

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 _____

FAKTOR KORIŠTEN ZA ADMINISTRACIJU:

DA JE MOGUĆA UPOTREBA FAKTORA DRUGIH FARMACEUTSKIH KOMPANIJA, AKO JE NEOPHODNO?

NE DA → koje: _____

	DOZA FAKTORA	FREKVENCIJA ADMINISTRACIJE (DAN U NEDELJI)
PROFILAKTIČKI TRETMAN		
MANJE POVREDE (KOŽA I MIŠIĆI)		
OŠTEĆENJE ZGLOBNE HRSKAVICE		
VELIKA POVREDA (npr. Traumatska povreda mozga)		

POTREBA ZA PREMEDIKACIJOM (npr. EMLA) PRE ADMINISTRACIJE FAKTORA?

NE DA → OZNAČITI U TABELI ISPOD:

LEK	DOZIRANJE I NAČIN PRIMENE (oralna primena, IV, potkožna)	KOLIKO PRE ADMINISTRACIJE FAKTORA

KORIŠĆENJE DRUGIH LEKOVA U SLUČAJU EPIZODA BLAGOG KRVARENJA (npr.

Epistaksa, sitne povrede ili druge epizode)? NE DA →: OZNAČITI U TABELI ISPOD ISPOD:

LEK	DOZIRANJE I NAČIN PRIMENE (oralna primena, IV, potkožna)	UČESTALOST

UPORTEBA ANALGETIKA U SLUČAJU BOLA?

LEK	DOZIRANJE I NAČIN PRIMENE (oralna primena, IV, potkožna)	UČESTALOST

DA LI DE TE SAMO APLICIRA INFUZIJU?

DA	DA UZ POMOĆ	NE	NE, ALI ŽELI DA NAUČI
	opiši:		

Ime i prezime deteta _____

Datum rođenja _____

DA LI DETE IMA INHIBITORE? NE DA

Ukoliko DA, koji je tretman:

DA LI DETE IMA CILJNE ZGLOBOVE? NE DA

Ukoliko DA, koje:

DA LI DETE IMA FUNKCIONALNU SMETNJU NA NEKOM OD ZGLOBOVA ILI OD NEKOG DRUGOG POREMEĆAJA?

NE DA

Ukoliko DA, koje:

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

Penjanje DA ___ NE ___ Jahanje DA ___ NE ___ Streničarstvo DA ___ NE ___

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

Molimo vas da zapamtite da popunite i potpišete i deo ispod, ier je obavezno!

IZJAVA I PODACI ODGOVORNOG 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 ili drugo):

ADRESA

TELEFON:

BROJ TELEFONA/MOBILNOG ZA HITNE SLUČAJEVE:

EMAIL:

REFERENTNA BOLNICA

ODELJENJE I IME BOLNICE :

ADRESA

TELEFON: