

## TALASEMIJA

IME I PREZIME DETETA: \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_

**SPECIFIČNA DIJAGNOZA** (navedite da li su SS, SC, S-Thal i datum): \_\_\_\_\_

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 detetu tokom kampa)

**DODATNE PATOLOGIJE** (osim njegove / njene primarne bolesti)

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

OSTALE ALERGIJE:

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

### OPŠTE INFORMACIJE

**DETETOVA TRENUTNA FIZIČKA OGRANIČENJA I DRUGI MEDICINSKI PROBLEMI** (npr. gubitak vida ili sluha, amputacije, upotreba štaka ili kolica, astma, napadi, hiperaktivnost, anksioznost, krtost kostiju) **KOJA MOGU DA IM SMETAJU U AKTIVNOSTIMA KAMPA** (npr. Pri penjanju, streličarstvu, jahanju, kampovanju, bazenu):

### 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)

Ime i prezime deteta \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_

HELACIONA TERAPIJA:

- Parenteralna terapija sa DESFERAL-om:
  - NE  DA doziranje / način infuzije → popunite praznine
- Oralna HELACIONA terapija GVOŽĐA:
  - NE  DA doziranje / način administriranja → medicinski karton

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

**OPERACIJE**

Da li je dete podvrgnuto SPLENEKTOMIJI?

DA kada? \_\_/\_\_/\_\_

• Rana antibiotska terapija u slučaju temperature?

NE

DA naziv leka \_\_\_\_\_

doziranje \_\_\_\_\_

NE

DA LI JE DETE IMALO HOLECISTEKTOMIJU?

▪ DA

NE • da li je dete imalo holelitijazu:  NE  DA

**PRIPREMA DESFERALA I PRODEDURE DAVANJA (ADMINISTRACIJE)**

Desferal -doziranje:

Količina sterilne vode:

Trajanje i brzina infuzije:

Broj administracija nedeljno:

Vrsta igle koja se koristi za subkutanu infuziju:

Da li dete koristi EMLU pre pozicioniranja potkožne igle?

NE  DA - koliko pre: \_\_\_\_\_ min.

Specijalna uputstva:

Proizvođač i vrsta pumpe:

Uobičajena procedura u slučaju kvara pumpe:

Kontakt telefon za servis i zamenu pumpe:

Datum zadnje tranfuzije: \_\_\_\_\_

Ime i prezime deteta \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_

NAPOMENE

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

Penjanje DA\_\_ NE\_\_

Jahanje DA\_\_ NE\_\_

Streličarstvo DA\_\_ NE\_\_

Bazen DA\_\_ NE\_\_

Kampovanje u prirodi DA\_\_ NE\_\_

**Molimo vas da zapamtite da popunite i potpišete i deo ispod, jer 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: