

ANEMIJA SRPASTIH ČELIJA

IME I PREZIME DETETA: _____ Datum rođenja _____

SPECIFIČNA DIJAGNOZA (precizirati ukoliko SS, SC, S-Thal I datum): _____

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):

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?

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

LEKOVI

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

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

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

Ime I prezime deteta _____

Datum rođenja _____

PROGRAM TRANSFUZIJE KRV I TERAPIJA

DA DETETA PRATI REDOVNI PROGRAM TRANSFUZIJE?

- NE DA koliko često: svaki _____ dan
• sa kojom vrednošću HbS preTS: _____%

DA LI JE DETE PODVRGNUTO TRANSFUZIJAMA RAZMENE ERITROCITA?

- NE DA koliko često: svaki _____ dan
• Sa kojim vrednostima HbS preTS: _____%

Da li je dete podvrgnuto kontinuiranom farmakološkom tretmanu?

- NE DA - doza/metod uzimanja – medicinski karton

DA LI DETE PRIMA:

- KONTINUIRANO ANTIBIOTSKU PROFILAKSU?
NE DA - Kojim lekom: _____ doza: _____
 FOLAT PROFILAKSU?
NE DA - Kojim lekom: _____ doza: _____

KOLIKO BOLNIH KRIZA, KOJE SU TRAJALE BAR 2 SATA, JE DETE IMALO POSLEDNIJH MESECI?

Sa kojom preferencijalnom pozicijom? _____

Da li je bilo nekim posebnih događaja koji su bili okidači? _____

KOLIKO PUTA JE U POSLEDNIJH GODINU DANA DETE BILO PRIMLJENO U BOLNICU?

OPERACIJE

DA LI JE DETE PODVRGNUTO SPLENEKTOMIJI?

DA – kada: __/__/__

- Rani antibiotički tretman u slučaju temp

- NE DA kojim lekom: _____ doza: _____
- Da li dete ima splenomegaliju? NE ___ DA ___

Ime i prezime deteta _____

Datum rođenja _____

DETALJNE SPECIFIČNE INFORMACIJE

DA LI JE DETE IMALO VAZO-OKLUZIVNU KRIZU? NE DA -> OZNAČI ISPOD

KOG TIPA:

- Plućni infarkt
- Intestinalni infarkt
- cerebri ictus
- infarkt kostiju
- drugo: _____

KOJE TEŽINE:

- blagu
- umerenu
- tešku
- opasnu po život

DA LI JE BILO KOMPLIKACIJE VEZANIH ZA PATOLOGIJU (aseptička nekroza, artritis, infekcija ili drugo)?

LEKOVI PROTIV BOLOVA

	LEK	DOZA	NAČIN UZIMANJA
SLAB BOL:			
UMEREN BOL:			
JAK BOL:			
DODATNE INFORMACIJE:			

DRUGE POSEBNE PREPORUKE U VEZI SA SLEDEĆIM AKTIVNOSTIMA (jahanje, penjanje, streličarstvo, kampovanje na 1000m nadmorske visine, bazen)

Ljubazno vas molimo da procenite: da li je moguće da dete prođe celo putovanje bez ozbiljne krize?

DA NE

Ime i prezime deteta _____

Datum rođenja _____

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: