

TROMBOCITOPENIJA

IME I PREZIME DETETA: _____ Datum rođenja _____

SPECIFIČNA DIJAGNOZA (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 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?

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)

OPŠTE INFORMACIJE

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, bazenu):

Sa **MEDICINSKE** tačke gledišta, da li dete može da učestvuje u sledećim aktivnostima?

Penjanje DA ___ NE ___ Jahanje DA ___ NE ___ Streljaštvo DA ___ NE _

Bazen DA ___ NE ___ Kampovanje u oazi? DA ___ NE ___

Ime I prezime deteta _____

Datum rođenja _____

OPERATIONS

DA LI JE DETE PODVRGNUTO SPLENEKTOMIZACIJI?

DA • kada: __/__/__

• Rani antibiotski tretman u slučaju groznice

NE

DA sa kojim lekom : _____

doza : _____

NE

DA LI JE DETE IMALO DRUGE OPERACIJE?

DA • koje _____ kada: __/__/__

NE

PRIMLJENE TERAPIJE

DA LI DETE PRATI REDOVAN PROGRAM TRANSFUZIJE?

NE

DA • koji i koliko često?

POSEBNE PRIMLJENE TERAPIJE:

Terapija kortizonom:

NE DA

Imunoglobulini:

NE DA

Monoklonska antitela:

NE DA - označi

Druge terapije:

NE DA - označi

DA LI JE DETE PODVRGNUTO KONTINUIRANOM FARMAKOLOŠKOM TRETMANU?

NE DA > Doza / način primene → tabela lekova

DA LI JE DETE POD PROFILAKSOM?

KONTINUIRANA TERAPIJA ANTIBIOTICIMA?

NE DA > Doza / način primene → tabela lekova

DRUGI LEKOVI?

NE DA > Doza / način primene → tabela lekova

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 _____

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/MOBILOG ZA HITNE SLUČAJEVE:

EMAIL:

REFERENTNA BOLNICA

ODELJENJE I IME BOLNICE :

ADRESA

TELEFON: