

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

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 ponesu 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 NA 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 IMAO 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 PUCANJU 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:

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 <input type="checkbox"/> umereno <input type="checkbox"/> teško
	PROCENAT FAKTORA: _____ %

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 ponesu 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? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA → koje: _____

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

POTREBA ZA PREMEDIKACIJOM (npr. EMLA) PRE ADMINISTRACIJE FAKTORA? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA →: OZNAČITI U TABELI 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 DETE SAMO APLICIRA INFUZIJU?			
<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> DA UZ POMOĆ opiši:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE, ALI ŽELI DA NAUČI

Ime i prezime deteta _____

Datum rođenja _____

DA LI DETE IMA INHIBITORE? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Ukoliko DA, koji je tretman:

DA LI DETE IMA CILJNE ZGLOBOVE? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Ukoliko DA, koje:

DA LI DETE IMA FUNKCIONALNU SMETNJU NA NEKOM OD ZGLOBOVA ILI OD NEKOG DRUGOG POREMEĆAJA? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> 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/MOBILOG ZA HITNE SLUČAJEVE:
EMAIL:
REFERENTNA BOLNICA
ODELJENJE I IME BOLNICE :
ADRESA
TELEFON:

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, astmatični napadi, hiperaktivnost, anksioznost, krhkost kostiju) **KOJA MOGU DA IM SMETAJU U AKTIVNOSTIMA KAMPA** (npr. penjanje, streličarstvo, jahanje, noćni kamp, bazen):

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 EMLA 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 ___ Streničarstvo 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:

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, astmatični napadi, hiperaktivnost, anksioznost, krhkost kostiju) **KOJA MOGU DA IM SMETAJU U AKTIVNOSTIMA KAMPA** (npr. penjanje, streličarstvo, jahanje, noćni kamp, 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 KRVI 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, streljaštvo, 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:

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, astmatični napadi, hiperaktivnost, anksioznost, krhkost kostiju) **KOJA MOGU DA IM SMETAJU U AKTIVNOSTIMA KAMPA** (npr. penjanje, streličarstvo, jahanje, noćni kamp, bazen)

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

Imuniglobulini:

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 PREVENTIVNOM TERAPIJOM?

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/MOBILNOG ZA HITNE SLUČAJEVE:

EMAIL:

REFERENTNA BOLNICA

ODELJENJE I IME BOLNICE :

ADRESA

TELEFON: