

HEMATO-ONKOLOGIJA
TRANSPLANTACIJA KOŠTANE SRŽI
CENTRALNI VENSKI KATETER
DRUGI DEO
MEDICINSKE INFORMACIJE

IME I PREZIME DETETA: _____ **Datum rođenja** _____

DIJAGNOZA: (tip i datum dijagnoze): _____

DA LI JE DETE UPOZNATO SA SVOJOM BOLEŠĆU? DA__ NE__

KRATKA ANAMNEZA I ISTORIJA SLUČAJA (Molimo Vas da dodate detaljne informacije koje bi mogle biti od velikog značaja za detetovo učestvovanje i boravak u kampu)

OSTALE PATOLOGIJE (Pre njegove/njene primarne bolesti)

TERAPIJE

Popunite prazna polja ili napisite NE ukoliko dete ne koristi lekove.

IME LEKA	DOZA (KOLIČINA I UČESTALOST)	NAČIN PRIMENE (oralno, intravenski, intramuskularno, potkožno idrugo)

ALERGIJE NA LEK ILI LEKOVI KOJE NE TREBA PRIMENJIVATI: (na primer analgetici, dodaci hrani, homeopatija ili u slučaju mučnine ili povraćanja itd.)

ALERGIJE UOPŠTENO:

Ako Da, da li je ikada imao anafilaktički šok/reakciju?

Da li ispoljava smetnje u razvoju autističkog spektra? _____

Sva deca su obavezna da donesu u kamp dovoljno lekova, gazi, zavoja itd.u skladu sa svojim potrebama tokom boravka.

IME I PREZIME DETETA: _____ Datum rođenja _____

OPŠTE INFORMACIJE

DETETOVA TRENUTNA FIZIČKA OGRANIČENJA I INVALIDITETI (npr. gubitak vida i/ili sluha, amputacija udova, korišćenje štaka, kolica itd.)

HEMIOTERAPIJA

DA LI JE DETE PODVRGNUTO HEMIOTERAPIJI? NE
 DA
• još pod terapijom? NE
 DA doza/primena → medicinski karton

RADIOTERAPIJA

DA LI JE DETE PODVRGNUTO RADIOTERAPIJI?
 NE DA → • kada? _____
• ozračene zone: _____

DA LI JE DETE IMALO IKAKVE OZBILJNE INFEKCIJE?
 NE DA → • kada: _____

TRANSPLANTACIJA KOŠTANE SRŽI

DA LI JE DETETU PRESADIVANA KOŠTANA SRŽ?
 NE DA →
• tip: AUTOLOGNA
 ALOGENA- brat
- donator koji nije srodnik
- haploidentičan
• još pod terapijom?
 NE DA → doza/primanje → medicinski karton

Ako smatrate neophodnim, možete dodati i klinički izveštaj (otkucan ili odštampan) kako biste obezbedili dodatne informacije korisne za bolji tretman deteta.

CENTRALNI VENSKI KATETER (CVK)

TIP KATETERA: Broviac Hickman Groshong Clamless Port-a-cath Infuse-oport

IME I PREZIME DETETA: _____ Datum rođenja _____

INSTRUKCIJE ZA ODRŽAVANJE KATETERA
KOLIKO ČESTO SE ČISTI CVK ? svakih _____ dana
TIP ČIŠĆENJA: <input type="checkbox"/> fiziološko čišćenje <input type="checkbox"/> heparinsko čišćenje: koja koncentracija? _____
KOLIKO ČESTO SE OBRAĐUJE KATERER? 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? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA → koliko pre? _____ min.
POSEBNA UPUTSTVA (kupanje i drugo):

Da li je detetu dozvoljeno korišćenje tuša? DA _____ NE _____

Da li su detetu dozvoljene aktivnosti u bazenu? DA _____ NE _____

Da li postoje medicinska ograničenja za učešće u aktivnostima u okviru kampa? Dečak/devojčica mogu učesvovati u sledećim aktivnostima u kampu: Penjanje: DA NE Jahanje: DA NE Streličarstvo: DA NE Bazen: DA NE Kampovanje u prirodi: _____
--

IZJAVA I KONTAKT LEKARA:

Pregledao sam gore imenovanog i smatram da je fizički u stanju da učestvujete u aktivnostima Dinamo kampa.

Datum

Pečat i potpis lekara

IME I PREZIME DETETA: _____ Datum rođenja _____

KAKO KONTAKTIRATI LEKARA ZADUŽENOG ZA FORMULARE

IME I PREZIME:

SPECIJALIZACIJA (Pedijatar, Onkolog, Hematolog...):

ADRESA:

BROJ TELEFONA:

BROJ TELEFONA/MOBILNOG ZA HITNE SLUČAJEVE:

E-MAIL:

REFERENTNA BOLNICA

ODELJENJE I IME BOLNICE :

ADRESA:

BROJ TELEFONA:



PRIJAVNI FORMULAR ZA UČEŠĆE NA
DYNAMO KAMPU 2018
DEO 2 – MEDICINSKE INFORMACIJE
(Popunjavanje odgovorni dečji lekar)

IME I PREZIME DETETA: _____ Datum rođenja _____

DIJAGNOZA: (tip): _____

Datum dijagnoze: _____

DA LI JE DETE UPOZNATO SA SVOJOM BOLEŠĆU? DA__ NE__

KRATKA ANAMNEZA I ISTORIJA SLUČAJA (Molimo Vas da dodate detaljne informacije koje bi mogle biti od velikog značaja za detetovo učestvovanje i boravak u kampu)

OSTALE PATOLOGIJE (Pre njegove/njene primarne bolesti)

TERAPIJE

Popunite prazna polja ili napisite **NE** ukoliko dete ne koristi lekove.

IME LEKA	DOZA (KOLIČINA I UČESTALOST)	NAČIN PRIMENE (oralno, intravenski, intramuskularno, potkožno idrugo)

ALERGIJE NA LEK ILI LEKOVI KOJE NE TREBA PRIMENJIVATI: (na primer analgetici, dodaci hrani, homeopatija ili u slučaju mučnine ili povraćanja itd.)

ALERGIJE UOPŠTENO:

Ako Da, da li je ikada imao anafilaktički šok/reakciju?

Sva deca su dužna da u logor dovedu dovoljno lekova, gaza, zavoja i sl. u skladu sa njihovim potrebama tokom boravka. U slučaju promena u terapiji deteta, molimo vas da ih obavestite na dodatnom obrascu koji ćete dobiti pre odlaska deteta.

DETETOVA TRENUTNA FIZIČKA OGRANIČENJA I INVALIDITETI (npr. gubitak vida i/ili sluha, amputacija udova, korišćenje štaka, kolica itd.)

HEMIOTERAPIJA

CHELATION TERAPIJA:

Parenteralna terapija sa DESFERAL-om:

NE DA > doziranje / način infuzije → ispuniti odgovarajuće praznine

Oralna IRON CHELATION terapija:

NE DA > doziranje / način primene → medicinski grafikon

OPERACIJE

Da li je dijete prošlo SPLENEKTOMIJU? DA

NE

• Kada? __ / __ / __

• rana antibiotska terapija u slučaju temperature?

NE ___

DA ___ ime leka _____

doza _____

DA LI JE DETE PODVRGNUTO CHOLECYSTECTOMY?

DA

NE Da li je dete pogođeno holelitiozom: NE DA

DESFERAL PRIPREMA I ADMINISTRATIVNE PROCEDURE

Desferal doza:

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 ranije: _____ min

Specijalna uputstva:

Proizvođač i vrsta pumpe:

Uobičajena procedura u slučaju kvađ pumpe:

Kontakt telefon za servis i zamenu pumpe:

Datum zadnje tranfuzije:

NAPOMENE:**Da li postoje medicinska ograničenja za učešće u aktivnostima u okviru kampa?**

Dečak/devojčica mogu učesvovati u sledećim aktivnostima u kampu:

Penjanje: DA NE**Jahanje:** DA NE**Streličarstvo:** DA NE**Bazen:** DA NE**Kampovanje u prirodi:** _____**IZJAVA I KONTAKT LEKARA:**

Pregledao sam gore imenovanog i smatram da je fizički u stanju da učestvujete u aktivnostima Dinamo kampa.

Datum_____
Pečat i potpis lekara**IME I PREZIME DETETA:** _____ **Datum rođenja** _____**KAKO KONTAKTIRATI LEKARA ZADUŽENOG ZA FORMULARE**

IME I PREZIME:

SPECIJALIZACIJA (Pedijatar, Onkolog, Hematolog...):

ADRESA:

BROJ TELEFONA:

BROJ TELEFONA/MOBILNOG ZA HITNE SLUČAJEVE:

E-MAIL:

REFERENTNA BOLNICA

ODELJENJE I IME BOLNICE :

ADRESA:

BROJ TELEFONA:



ANEMIJA

IME I PREZIME DETETA _____

SPECIFIČNA DIJAGNOZA (tip i datum): _____

MEDICINSKA ISTORIJA (Molimo Vas da dodate detaljne informacije koje bi mogle biti od velikog značaja za detetovo učestvovanje i boravak u kampu)

OSTALE BOLESTI

ALERGIJE NA LEKOVE (Ili lekovi koji ne treba davati detetu iz posebnih razloga):

DRUGE ALERGIJE:

Ako DA, da li je dete ikada imalo anafilaktički šok/reakciju?

TRENUTNA FIZIČKA OGRANIČENJA I DRUGI ZDRAVSTVENI PROBLEMI (npr. Gubitak vida ili sluha, amputacije, upotreba štaka ili invalidskih kolica, astma, epileptični napadi, hiperaktivnost, anksioznost, slabost kostiju)

TERAPIJE

Popunite prazna polja ili napisite **NE** ukoliko dete ne koristi lekove.

IME LEKA	DOZA (KOLIČINA I UČESTALOST)	NAČIN PRIMENE (oralno, intravenski, intramuskularno, potkožno idrugo)

Zapamtite da dete mora da ponese sve neophodne materijale za njega (lekove u dovoljnim količinama, gaze, zavoji, itd.) u kamp za celi period boravka.

PROGRAM I TERAPIJA TRANSFUZIJE KRVI

DA DETETA PRATI REDOVNI PROGRAM TRANSFUZIJE?

- NE DA koliko često: svaki _____ dan
- s kojom vrednošću HbS preTS: _____ %
 - datum poslednje transfuzije _____

Da li je dete podvrgnuto kontinuiranom farmakološkom tretmanu?

- NE DA doza/metod konzumacije > tableta lekova

Da li dete prima:

KONTINUIRANO ANTIBIOTIČKE PROFILAKSI?

- NE DA sa kojim lekom: _____ doza: _____

FOLATE PROPHYLAXIS?

- NE DA sa kojim lekom: _____ doza: _____

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

OPERACIJE

DA LI JE DETE PODVRGNUTO SPLENEKTOMIZACIJI?

- DA → kada: __/__/__

- Rani antibiotski tretman u slučaju groznice:

- NE DA sa kojim lekom: _____ doza _____

- NE → da li dete ima splenomegaliju NE DA

DRUGE POSEBNE PREPORUKE ZA SLEDECE AKTIVNOSTI (Jahanje konja, penjanje, streličarstvo, kampovanje u oazi na 1.000 metara nadmorske visine, bazen).

IME I PREZIME DETETA: _____ Datum rođenja _____

ZADUŽENI LEKAR ZA IZJAVU I PODATKE

Pregledao sam gore navedeno dete na koje se ovaj medicinski formular odnosi i ovim potvrđujem da je fizički sposobno da se pridruži aktivnostima Dinamo Campa.

Datum

Potpis i pečat lekara

KAKO KONTAKTIRATI LEKARA ZADUŽENOG ZA FORMULARE

IME I PREZIME:

SPECIJALIZACIJA (Pedijatar, Onkolog, Hematolog...):

ADRESA:

BROJ TELEFONA:

BROJ TELEFONA/MOBILNOG ZA HITNE SLUČAJEVE:

FAX:

E-MAIL:

REFERENTNA BOLNICA

ODELJENJE I IME BOLNICE :

ADRESA:

BROJ TELEFONA:

DALJI KONTAKTI: Dr



PRIJAVNI FORMULAR ZA UČEŠĆE NA
DYNAMO KAMPU 2018
DEO 2 – MEDICINSKE INFORMACIJE
(Popunjavanje odgovorni dečji lekar)

HEMOFILIJA

IME I PREZIME DETETA _____ DATUM ROĐENJA _____

DIJAGNOZA (OBELEŽI):	<input type="checkbox"/> HEMOFILIJA A (Faktor VIII nedostatka)	
	<input type="checkbox"/> HEMOFILIJA B (Faktor IX nedostatka)	
	<input type="checkbox"/> DRUGO _____	
JAKINA	<input type="checkbox"/> blago	PROCENAT FAKTORA _____
	<input type="checkbox"/> umereno	
	<input type="checkbox"/> teško	

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

DRUGE DIJAGNOZE:

ALERGIJE NA LEKOVE (ILI LEKOVI KOJE NE TREBA DAVATI DETETU IZ ODREĐENIH RAZLOGA)

DRUGE ALERGIJE:

Ako jeste, da li je dete ikada doživelo bilo kakav anafilaktički šok / reakciju?

Da li on /ona pokazuje pervazivne poremećaje autističnog razvojnog spektra? _____

TERAPIJE

Popunite prazna polja ili napisite NE ukoliko dete ne koristi lekove.

IME LEKA	DOZA (KOLIČINA I UČESTALOST)	NAČIN PRIMENE (oralno, intravenski, intramuskularno, potkožno idrugo)

Zapamtite da dete mora da ponese sve neophodne materijale za njega (lekove u dovoljnim količinama, gaze, zavoji, itd.) u kamp za celi period boravka.

FAKTOR KORIŠTEN ZA ADMINISTRACIJU:

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

NE DA → koje: _____

	DOZA FAKTORA	FREKVENCIJA ADMINISTRACIJE (DAN NEDELJA)
PROFILAKTIČKI TRETMAN		
MANJE POVREDE (KOŽA I MIŠIĆI)		
OŠTEĆENJE ZGLOBNE HRŠKAVICE		
GLAVNA TRAUMA (npr. Traumatska moždana povreda)		

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

NE DA → OZNAČITI U TABELI ISPOD:

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

KORIŠĆENJE DRUGIH LEKOVA U SLUČAJU EPIZODA BLAGOG KRVARENJA (npr. Epistaksa, sitne povrede ili druge epizode)? NE 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 DE TE SAMO APLICIRA INFUZIJU?

<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> DA UZ ASISTENCIJU Objasniti:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE, ALI ŽELI DA NAUČI
-----------------------------	--	-----------------------------	--

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

Da li dete može da učestvuje u narednim aktivnostima?	Penjanje <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Jahanje konja <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Streličarstvo <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Kampovanje u oazi <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Kupanje u bazenu <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

IME I PREZIME DETETA: _____ **Datum rođenja** _____

ZADUŽENI LEKAR ZA IZJAVU I PODATKE

Pregledao sam gore navedeno dete na koje se ovaj medicinski formular odnosi i ovim potvrđujem da je fizički sposobno da se pridruži aktivnostima Dinamo Campa.

Datum

Potpis i pečat lekara

KAKO KONTAKTIRATI LEKARA ZADUŽENOG ZA FORMULARE
IME I PREZIME:
SPECIJALIZACIJA (Pedijatar, Onkolog, Hematolog...):
ADRESA:
BROJ TELEFONA:
BROJ TELEFONA/MOBILNOG ZA HITNE SLUČAJEVE:
FAX:
E-MAIL:
REFERENTNA BOLNICA
ODELJENJE I IME BOLNICE :
ADRESA:
BROJ TELEFONA:
DALJI KONTAKTI: Dr



TROMBOCITOPENIJA

IME I PREZIME DETETA _____ **DATUM ROĐENJA** _____

SPECIFIČNA DIJAGNOZA (tip i datum): _____

MEDICINSKA ISTORIJA (Molimo Vas da dodate detaljne informacije koje bi mogle biti od velikog značaja za detetovo učestvovanje i boravak u kampu)

OSTALE BOLESTI ili slične patologije:

ALERGIJE NA LEKOVE (Ili lekovi koji ne treba davati detetu iz posebnih razloga):

DRUGE ALERGIJE:

Ako DA, da li je dete ikada imalo anafilaktički šok/reakciju?

TERAPIJE

Popunite prazna polja ili napisite NE ukoliko dete ne koristi lekove.

IME LEKA	DOZA (KOLIČINA I UČESTALOST)	NAČIN PRIMENE (oralno, intravenski, intramuskularno, potkožno idrugo)

OPŠTE INFORMACIJE

TRENTNA FIZIČKA OGRANIČENJA I DRUGI ZDRAVSTVENI PROBLEMI (npr. Gubitak vida i sluha, amputacije, upotreba štaka ili invalidskih kolica, astma, epileptični napadi, hiperaktivnost, anksioznost, slabost kostiju)

Da li dete može da učestvuje u narednim aktivnostima?

Jahanje konja DA NE

Streličarstvo DA NE

Kampovanje u oazi DA NE

Penjanje DA NE

Kupanje u bazenu DA NE

OPERACIJE

DA LI JE DETE BILO PODVRGNUTO SPLENEKTOMIZACIJI?

- DA > kada: __/__/__

- rani tretman antibioticima u slučaju groznice

NE

DA kojim lekom _____

doza _____

- NE

DA LI JE DETE IMALO DRUGIH OPERACIJA?

DA > koje _____ kada: __/__/__

NE

PRIMLJENE TERAPIJE

DA LI DETE PRATI REDOVAN PROGRAM TRANSFUZIJE?

NE DA > koje i kojom učestalošću?

POSEBNE PRIMLJENE TERAPIJE:

Terapija kortizonom:

NE DA

Imunoglobulini:

NE DA

Monoklonska antitela:

NE DA

Druge terapije:

NE DA

DA LI JE DETE PODVRGNUTO KONTINUIRANOM FARMAKOLOŠKOM TRETMANU?

NE DA > Doza / način primene → tablete

DA LI JE DETE POD PREVENTIVNOM TERAPIJOM?

- **KONTINUIRANA TERAPIJA ANTIBIOTICIMA?**

NE DA > Doza / način primene → tablete

- **DRUGI LEKOVI?**

NE DA > Doza / način primene → tablete

Zapamtite da dete mora da ponese sve neophodne materijale za njega (lekove u dovoljnim količinama, gaze, zavoji, itd.) u kamp za celi period boravka.

IME I PREZIME DETETA: _____ Datum rođenja _____

ZADUŽENI LEKAR ZA IZJAVU I PODATKE

Pregledao sam gore navedeno dete na koje se ovaj medicinski formular odnosi i ovim potvrđujem da je fizički sposobno da se pridruži aktivnostima Dinamo Campa.

Datum

Potpis i pečat lekara

KAKO KONTAKTIRATI LEKARA ZADUŽENOG ZA FORMULARE

IME I PREZIME:

SPECIJALIZACIJA (Pedijatar, Onkolog, Hematolog...):

ADRESA:

BROJ TELEFONA:

BROJ TELEFONA/MOBILNOG ZA HITNE SLUČAJEVE:

FAX:

E-MAIL:

REFERENTNA BOLNICA

ODELJENJE I IME BOLNICE :

ADRESA:

BROJ TELEFONA:

DALJI KONTAKTI: Dr