

**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<br>(KOLIČINA I UČESTALOST) | NAČIN PRIMENE<br>(oralno, intravenski,<br>intramuskularno,<br>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.**

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

## CENTRALNI VENSKI KATETER (CVK)

### TIP KATETERA:

- Broviac    Hickman    Groshong    Clamless    Port-a-cath    Infuse-oport

### INSTRUKCIJE ZA ODRŽAVANJE KATETERA

KOLIKO ČESTO SE ČISTI CVK ? svakih \_\_\_\_\_ dana

TIP ČIŠĆENJA:       fiziološko čišćenje  
 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?

NE    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: \_\_\_\_\_

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

**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

**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: