



Dynamo Camp

PRIJAVA ZA PRIJEM U
KAMP DYNAMO 2014

DRUGI DEO – MEDICINSKE INFORMACIJE
(Popunjava detetov nadležni lekar)

MOLIMO VAS DA POPUNITE OVAJ FORMULAR ŠTAMPANIM SLOVIMA ILI KUCANJEM

IME I PREZIME DETETA _____

DIJAGNOZA:

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 mogле biti od velikog značaja za detetovo učestvovanje i boravak u kampu)

OSTALE PATOLOGIJE(pored njegove/njene primarne bolesti)

TERAPIJE

Popunite praznopoljiline napisite NE ukoliko dete ne koristi lekove.

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

ALERGIJE NA LEK ILI LEKOVI KOJE NE TREBA PRIMENJIVATI:

OSTALI LEKOVI(na primer analgetici, dodaci hrani, homeopatijai ili u slučaju mučnina ili povraćanja itd.)

Svadeca su obavezna da donesu u kamp do voljno lekova, gazi, zavoja itd. u skladu sa svojim potrebama tokom boravka.

U slučaju promena detetove terapije, molimo Vas da ih navedete na dodatnom formularu koji će dobiti pre detetovog odlaska.

OPŠTE INFORMACIJE

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

ALERGIJE:

DRUGI ZDRAVSTVENI PROBLEMI(npr. astma, inkontinencija, ograničenja u ishrani, epileptični napadi, poremećaj nedostatak kapažnje (ADD), hiperaktivnost, autizam, depresija, anksioznost, poremećaji u ishrani i drugo)

Ako postoje, da li su prepisani drugi lekovi?

NE DA → KOJI? _____

Da li je dete i dalje pod terapijom za te druge zdravstvene probleme? NE DA

DA LI DETETOV PSIHOMOTORNI RAZVOJ ODGOVARA NJEGOVIM/NJENIM GODINAMA?

NE DA

Ako Ne, to jest u slučaju da detekasnisasvojim psihološkim i motornim razvojem, molimo Vas da objasnite:

DA LI BI GORE POMEMUTI PROBLEMI MOGLI DA PREDSTAVLJAJU PROBLEM DETETOVOM UČESTVOVANJU U KAMPУ?

NE DA

Ako DA, molimo Vas da objasnite kako:

Ako je potrebno, priložite kliničke izveštaje – iskućane ili napisane štampani mslovima, da bistenam pružilidaje informacije koje binam moglo biti potrebne radi pružanja najbolje moguće pomoći detetu.

PRILOZI

Molimo Vas da nezaboravite da popunite i pošaljete formulare kojislede, a tiču se detetoveglavnepatologije i terapija.

FORMULARI O SPECIFIČNIM MEDICINSKIM INFORMACIJAMA	POPUNJENI	
	DA	NEVAŽNO
CENTRALNI VENSKI KATETER (akopostoji, popuniteformular)		
ZRAČENJE / HEMIOTERAPIJA / TRANSPLANTACIJA KOŠTANE SRŽI		
HEMOFILIJA		
TALASEMIJA		
SRPASTA ANEMIJA		
INFUZIJSKA PUMPA (isključena desferal terapija)		

IZJAVA I PODACI NADLEŽNOG LEKARA

Pregledao sam (ime i prezime deteta) _____ i ovde potvrđujem da je on / onafizičkisposoban/a da učestvuje u aktivnostima kampa Dynamo, osim u onima u kojima je sprečen/a zbog gorenavedenih fizičkih invaliditeta i zabrana.

_____ Datum

Pečat i potpis lekara

KAKO KONTAKТИРАТИ LEKARA ZADUŽENOG ZA FORMULARE
IME I PREZIME
SPECIJALIZACIJA (Pedijatrija, Onkologija, Hematologija ili drugo):
ADRESA
BROJ TELEFONA
BROJ TELEFONA/MOBILNOG ZA HITNE SLUČAJEVE
FAX
EMAIL ADRESA:

REFERENTNA BOLNICA
ODELJENJE I IME BOLNICE
ADRESA
BROJ TELEFONA
DALJI KONTAKTI: Dr



PRILOG O SPECIFIČNIM MEDICINSKIM INFORMACIJAMA

- CENTRALNI VENSKI KATETER (popunitiakopostoji)
- ZRAČENJE / HEMIOTERAPIJA / TRANSPLANTACIJA KOŠTANE SRŽI
- HEMOFILIJA
- TALASEMIJA
- SRPASTA ANEMIJA
- INFUZIJSKA PUMPA (isključena desferal terapija)

**MOLIMO VAS DA POPUNITE FORMULARE KOJI SE TIČU DETETOVOG MEDICINSKOG
STANJA I TERAPIJE.**



Dynamo Camp

ZRAČENJE-HEMIOTERAPIJA
TRANSPLANTACIJA KOŠTANE SRŽI

IME I PREZIME DETETA: _____

DIJAGNOZA:

DATUM DIJAGNOZE:

NEKA ODLAGANJA?

NE DA → • KADA? _____

HEMIOTERAPIJA

DA LI JE DETE PODVRGNUTO HEMIOTERAPIJI? NE

- DA
• još podterapijom? NE
 DA doza/primena → medicinski karton

POSLEDNJI DATUM HEMIOTERAPIJE:

RADIOTERAPIJA

DA LI JE DETE PODVRGNUTO RADIOTERAPIJI?

- NE DA → • kada? _____
• ozračene zone: _____

DA LI JE DETE IMALO IKAKVE OZBILJNE INFEKCIJE?

- NE DA → • kada: _____

DA LI JE DETETU PRESAĐIVANO TKIVO?

- NE DA

DA LI IMA PRESAĐENO TKIVO U OVOM TRENUTKU?

- NE DA

DRUGE TERAPIJE

DRUGE TERAPIJE:

TRANSPLANTACIJA KOŠTANE SRŽI

DA LI JE DETETU PRESAĐIVANA KOŠTANA SRŽ?

NE DA →

- tip: AUTOLOGNA

ALOGENA- brat

- donator koji nije srodnik

- haploidentičan

- još pod terapijom?

NE DA → doza/primanje → medicinski karton

KOMENTARI:

Datum

Pečat i potpis lekara



Dynamo Camp

HEMOFILIJA

IME I PREZIME DETETA: _____

DIJAGNOZA(MOLIMO VAS DA ŠTIKLIRATE):	<input type="checkbox"/> HEMOFILIJA A (faktor 8) <input type="checkbox"/> HEMOFILIJA B (faktor 9) <input type="checkbox"/> DRUGO: _____	
STEPEN OZBILJNOSTI:	<input type="checkbox"/> blag <input type="checkbox"/> umeren <input type="checkbox"/> ozbiljan	FAKTOR U PROCENTIMA: ____ %
PRIMENA FAKTORA:		
DA LI JE MOGUĆE KORISTITI DRUGI BREND ZA FAKTOR UKOLIKO JE TO POTREBNO?		
<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA → koji? _____		

	DOZA FAKTORA	UČESTALOST PRIMENE
PROFILAKTIČKA TERAPIJA		
BLAŽE POVREDE (KOŽE ili MIŠIĆA)		
ZGLOBNE POVREDE		
OZBILJNE POVREDE (npr. LOBANJE)		

DA LI JE POTREBNO DAVANJE NEKOG LEKA (npr. EMLA) PRE PRIMENE FAKTORA?		
<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA → AKO DA, NAVEDITE:		
IME LEKA	DOZA I PRIMENA (oralno, intravenski, potkožno.)	KOLIKO PRE PRIMENE FAKTORA?

KORIŠĆENJE DRUGIH LEKOVA U SLUČAJU BLAŽIH KRVARENJA(krvarenje iznosa,

blažepovrede i drugo) ? NE DA → AKO DA, NAZNAČITE:

IME LEKA	DOZA I PRIMENA (oralno, intravenski, potkožno.)	UČESTALOST

KORIŠĆENJE ANALGETIKA U SLUČAJU BOLA

IME LEKA	DOZA I PRIMENA (oralno, intravenski, potkožno.)	UČESTALOST

DA LI DETE PRIMENJUJE LEK SAMO?

▪ DA	<input type="checkbox"/> DA, ako ima pomoć, opиште:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE, ALI ŽELI DA NAUČI
------	--	-----------------------------	--

IMA LI DETE INHIBITORE? NE DA

Ako da, navedite tretman:

DA LI DETETU KRVARE ZGLOBOVI? NE DA

Ako da, koji?

IMA LI DETE FUNKCIONALNI DEFICIT U DRUGIM ZGLOBOVIMA ILI NEKI DRUGI PROBLEM? NE DA

Ako da, koji?

Datum

Potpis i pečat lekara



Dynamo Camp

TALASEMIJA

Ime i prezime deteta: _____

Specifična dijagnoza (alfa, beta) : _____

TERAPIJA HELACIJOM:

- Parenteralna terapija uz pomoć DESFERALA:

- NE DA → doza / način primene → popunite odgovarajući formular
- Oralna terapija helacijom gvožđa:
- NE DA → doza / način primene → medicinski karton

OPERACIJE

Da li je dete podvrgnut splenektomiji?

- DA → • kada? ___ / ___ / ___
 - ranaterapija antibioticima u slučaju temperature?

- NE
- DA ime leka _____
doza _____

NE

DA LI JE DETE PODVRGNUTO HOLECISTEKTOMIJI?

- DA
- NE → • da li dete ima kamenje u žučnoj kesi: NE DA

NAČINI PRIPREME I PRIMENE DEFEROKSAMINA

Doza deferoxsamina:

Količina sterilne vode:

Trajanje i merainfuzije:

Broj primena nedeljno:

Vrsta igle koja se koristi za potkožnu primenu:

Da li je detetu potreban EMLA pre postavljanja potkožne igle?

NE DA → koliko pre: _____ min.

Posebna uputstva:

Proizvođač i tip pumpe:

Uobičajena procedura u slučaju polomljenih pumpa:

Kontakttelefonservisazapopravkuilizamenupumpe:

PRIMEDBE:

Datum

Pečat i potpis lekara



Dynamo Camp

SRPASTA ANEMIJA

IME I PREZIME DETETA _____

SPECIFIČNA DIJAGNOZA (SS, SC, S-Thal): _____

REŽIMI TRANSFUZIJE I TERAPIJE

DA LI DETE IMA ODREĐEN RASPORED TRANSFUZIJA?

NE DA → • kolikočesto? svakih _____ dana

• VREDNOST HbS(hemoglobina S) pre transfuzije? _____ %

DA LI SE DETE PODVRGAVA RAZMENAMA ERITROCITA?

NE DA → • kolikočesto? svakih _____ dana

• VREDNOST HbS(hemoglobina S) pre transfuzije? _____ %

DA LI JE DETE POD STALNIM FARMAKOLOŠKIM TRETMANOM?

▪ NE DA → • doza / način primene → medicinski karton

DA LI JE DETE PODVRGNUTO

• STALNOJ ANTIBIOTIČKOJ PROFILAKSI?

NE DA → • imeleka _____ doza_____

• PROFILAKSI FOLNOM KISELINOM?

NE DA → • imeleka _____ doza_____

DA LI DETE ČESTO BIVA HOSPITALIZOVANO?

NE DA → • kolikočesto? _____ koliko dugo? _____ dana

OPERACIJE

DA LI JE DETE PODVRGNUTO SPLENEOKTOMIJI?

DA → • kada? (dan / mesec / godina) ___ / ___ / ___

• ranaterapija antibioticima u slučaju temperature?

NE DA → imeleka _____ doza_____

NE → • Da li dete ima splenomegaliju? NE DA

DALJE SPECIFIČNE INFORMACIJE

DA LI JE DETE IMALO VAZO-OKLUZIVNU KRIZU? NE DA molimo Vas da objasnite jasnije ispod

KOJI TIP?

- plućna miokarda
- crevna miokarda
- moždani udar
- koštani udari
- drugo _____

OZBILJNOST KRIZA?

- blaga
- umerena
- ozbiljna
- rizična poživot

KOMPLIKACIJE VEZANE ZA PATOLOGIJU (aseptička nekroza, arthritis, infekcije i drugo)?

LEKOVI PROTIV BOLA

	IME LEKA	DOZA	NAČIN PRIMENE
BLAG BOL			
UMEREN BOL			
OŠTAR BOL			
DODATNE INFORMACIJE			

SPECIFIČNI DODATNI SAVETI ILI ZABRANE:

Po Vašem mišljenju, da li jedete u stanju da izdrži put i celokupan boravak u kampu, a da nedozivio ozbiljnukrizu? DA NE

Datum

Pečat i potpis lekara



INFUZIJSKA PUMPA(DESFERAL TERAPIJA ISKLJUČENA)

Dynamo Camp

IME I PREZIME DETETA: _____

**Molimo Vas da popunite ovaj formular ukoliko dete koristi infuzijsku pumpu
(pumpe zahranjenje itd.)**

INFORMACIJE O INFUZIJSKIM PUMPAMA	
PROIZVOĐAČ I TIP PUMPE:	
UOBIČAJENI POSTUPAK U SLUČAJU POLOMLJENE PUMPE:	
KONTAKT TELEFON SERVISA ZA POPRAVKU ILI ZAMENU PUMPE:	

PROCEDURE KORIŠĆENJA PUMPE ZA HRANJENJE	
INSTRUKCIJE ZA HRANJENJE PREKO INFUZIJE:	
<input type="checkbox"/> Mera i trajanje infuzije tokom prve faze? _____	
<input type="checkbox"/> Mera i trajanje infuzije tokom srednje faze? _____	
<input type="checkbox"/> Mera i trajanje infuzije tokom krajnje faze? _____	
INFUZIJA ZALOGAJA (BOLUSA):	
■ Ime proizvoda i količina? _____	
■ Kada se proizvod primenjuje? _____	
■ Kako se proizvod primenjuje? _____	

PRIMEDBE:

Potpis i pečat lekara



CENTRALNI VENSKI KATETER (CVK)

IME I PREZIME DETETA: _____

TIP KATETERA:

- EKSTERNI (Broviac/Hickman/Groshong/Clampless):_____
- INTERNI (Port-a-cath/Infuse-a-port) UGRADNI I INFUZIJSKI:_____

INSTRUKCIJE ZA ODRŽAVANJE KATETERA

KOLIKO ČESTO SE ČISTI CVK ? svakih____ dana

TIP ČIŠĆENJA: fiziološko čišćenje
 heparinsko čišćenje: koja koncentracija? _____

KOLIKO ČESTO SE MENJA FLASTER? svakih____ dana

KOG DANA SE MENJA KAPICA KATETERA?

PonedeljakUtorakSredaČetvrtakPetakSubotaNedelja

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 dozvoljenokorišćenjetuša? DA____ NE____

Da li su detetu dozvoljeneaktivnosti u bazenu? DA____ NE____

Datum

Pečat i potpis lekara