



PRIJAVA ZA PRIJEM U
KAMP DYNAMO 2015

DRUGI DEO – MEDICINSKE INFORMACIJE
(Popunjavanje 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 mogle biti od velikog značaja za detetovo učestvovanje i boravak u kampu)

OSTALE PATOLOGIJE (pored njegove/njene primarne bolesti)

TERAPIJE

Popunite prazna polja i il 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:

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

Svadeca su obavezna da donesu u kamp dovoljno 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 ćete dobiti pre detetovog odlaska.

OPŠTE INFORMACIJE

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

ALERGIJE:

DRUGI ZDRAVSTVENI PROBLEMI(npr. astma, inkontinencija, ograničenja u ishrani, epileptični napadi, poremećaj nedostatka pažnje (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 NJEGOVI M/NJENIM GODINAMA?

NE DA

Ako Ne, to jest u slučaju da dete kasni sa svojim psihološkim i motornim razvojem, molimo Vas da objasnite:

DA LI BI GORE POMENUTI PROBLEMI MOGLI DA PREDSTAVLJAJU PROBLEM DETETOVOM UČESTVOVANJU U KAMPU?

NE DA

Ako DA, molimo Vas da objasnite kako:

Ako je potrebno, priložite kliničke izveštaje – iskucane i napisane štampanim slovima, da biste nam pružili dalje informacije koje bi nam mogle biti potrebne radi pružanja najbolje moguće pomoći detetu.

PRILOZI

Molimo Vas da ne zaboravite da popunite i pošaljete formulare kojisjede, a tiču se detetoveglavnepatologije i terapija.

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

IZJAVA I PODACI NADLEŽNOG LEKARA

Pregledaosam(ime i prezimedeteta) _____ i ovdepotvrđujem da je on / onafizičkisposoban/a da učestvuje u aktivnostimakampa Dynamo,osim u onima u kojima je sprečen/a zboggonavedenihfizičkihinvaliditeta i zabrana.

Datum

Pečat i potpislekara

KAKO KONTAKTIRATI LEKARA ZADUŽENOG ZA FORMULARE

IME I PREZIME
SPECIJALIZACIJA (Pedijatrija, Onkologija, Hematologijaiilidruge):
ADRESA
BROJ TELEFONA
BROJ TELEFONA/MOBILNOG ZA HITNE SLUČAJEVE
FAX
EMAIL ADRESA:

REFERENTNA BOLNICA

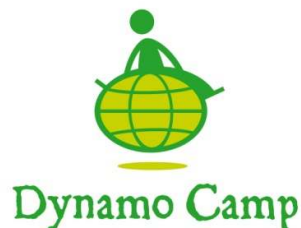
ODELJENJE I IME BOLNICE
ADRESA
BROJ TELEFONA
DALJI KONTAKTI: Dr



PRILOG O SPECIFIČNIM MEDICINSKIM INFORMACIJAMA

- CENTRALNI VENSKI KATETER (popuniti ako postoji)
- 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.**



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 → medicinskikarton

POSLEDNJI DATUM HEMIOTERAPIJE:

RADIOTERAPIJA

DA LI JE DETE PODVRGNUTO RADIOTERAPIJI?

NE DA → • kada? _____

• ozračenezone: _____

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 PRESADIVANA 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

HEMOFILIJIA

IME I PREZIME DETETA: _____

DIJAGNOZA (MOLIMO VAS DA ŠTIKLIRATE):	<ul style="list-style-type: none"> · HEMOFILIJIA A (faktor 8) · HEMOFILIJIA B (faktor 9) · DRUGO: _____
STEPEN OZBILJNOSTI:	<ul style="list-style-type: none"> · blag · umeren · 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 (krvarenjeiznosa,

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?

<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> DA, ako ima pomoć, opišite:	<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

Ime i prezimedeteta: _____

Specifičnadijagnoza (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 podvrgnuto splenektomiji?

- DA → • kada? __ / __ / __
- ranoterapija antibioticima u slučaju temperature?
 - NE
 - DA imeleka _____
 - doza _____
- NE

DA LI JE DETE PODVRGNUTO HOLECISTEKTOMIJI?

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

NAČINI PRIPREME I PRIMENE DEFEROKSAMINA

Doza deferoksamina:

Količina sterilne vode:

Trajanje i merainfuzije:

Broj primena nedeljno:

Vrsta igle koja se koristi za potkožnu primenu:

Da li je dete potrebno EMLA pre postavljanja potkožne igle?

- NE DA → koliko pre: _____ min.

Posebna uputstva:

Proizvođač i tip pumpe:

Uobičajena procedura u slučaju polomljene pumpe:

Kontakt telefonski servis za popravku i izamenu pumpe:

PRIMEDBE:

Datum

Pečat i potpis lekara

IME I PREZIME DETETA _____

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

REŽIMI TRANSFUZIJE I TERAPIJE

DA LI DETE IMA ODREĐEN RASPORED TRANSFUZIJA?

- NE DA → • koliko često? svakih _____ dana
- VREDNOST HbS(hemoglobina S) pre transfuzije? _____%

DA LI SE DETE PODVRGAVA RAZMENAMA ERITROCITA?

- NE DA → • koliko često? svakih _____ dana
- VREDNOST HbS(hemoglobina S) pre transfuzije? _____%

DA LI JE DETE POD STALNIM FARMAKOLOŠKIM TRETANOM?

- 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 → • koliko često? _____ koliko dugo? _____ dana

OPERACIJE

DA LI JE DETE PODVRGNUTO SPLENEKTOMIJI?

- DA → • kada? (dan / mesec / godina) __ / __ / __
- ranaterapija antibioticima u slučaju temperature?
- NE DA → imeleka _____ doza _____
- NE → • Da li dete ima splenomegaliju? NE DA

DALJE SPECIFIČNE INFORMACIJEDA LI JE DE TE 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
- rizično po život

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

LEKOVI PROTIV BOLA

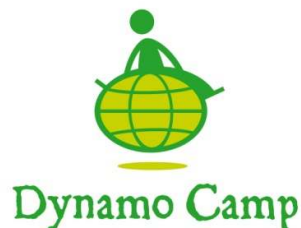
	IME LEKA	DOZA	NAČIN PRIMENE
BLAG BOL			
UMEREN BOL			
OŠTAR BOL			
DODATNE INFORMACIJE			

SPECIFIČNI DODATNI SAVETI ILI ZABRANE:

Po Vašem mišljenju, da li jedete u stanju da izdržite i celokupan boravak u kampu, a da nedoživite ozbiljnu krizu? DA NE

Datum

Pečat i potpis lekara



INFUZIJSKA PUMPA (DESFERAL TERAPIJA ISKLUČENA)

IME I PREZIME DETETA: _____

Molimo Vas da popunite ovaj formular ukoliko dete koristi infuzijsku pumpu (pumpe za hranjenje 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:

- Mera i trajanje infuzije tokom prve faze? _____
- Mera i trajanje infuzije tokom srednje faze? _____
- Mera i trajanje infuzije tokom krajnje faze? _____

INFUZIJA ZALOGAJA (BOLUSA):

- Ime proizvoda i količina? _____
- Kada se proizvod primenjuje? _____
- Kako se proizvod primenjuje? _____

PRIMEDBE:

Datum

Potpis i pečat lekara

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: <input type="checkbox"/> fiziološko čišćenje <input type="checkbox"/> heparinsko čišćenje: koja koncentracija? _____
KOLIKO ČESTO SE MENJA FLASTER? svakih _____ dana
KOG DANA SE MENJA KAPICA KATETERA? Ponedjeljak Utorak Sreda Četvrtak Petak Subota Nedjelja
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 dete dozvoljenokorišćenjetuša? DA _____ NE _____

Da li su dete dozvoljeneaktivnosti u bazenu? DA _____ NE _____

Datum

Pečat i potpis lekara