

Imajte na umu:

Sva deca i tinejdžeri koji su još uvek pod terapijom (hemoterapija, terapija održavanja i slično) moraju da obave poslednji test krvi pre odlaska u kamp.

Test krvi treba da sadrži:

- Kompletan krvnu sliku, uključujući vrednost leukocita
- Kompletan fenotip leukocita

U slučaju da nalazi nisu idealni (na primer, niska vrednost neutrofilnih leukocita ili CD4) Medicinski Direktor Dynamo Kampa će odlučiti o sudelovanju deteta.

Ljubazno vas molimo da uradite test par dana pre polaska i pošaljete rezultate putem faxa  
Elia Cardini, broj faxa: **0039 0573/621757.**

Hvala!

# varicella

Potrebna je pažnja u slučaju izloženosti dece ovoj bolesti. Molimo vas, kontaktirajte

Dynamo što je pre moguće (broj telefona: +39 0573 621738)

U slučaju da su deca bila u kontaktu sa osobama koje boluju od malih boginja tokom tri nedelje pred polazak (iako su je već imali i oporavili se od bolesti ili bili vakcinisani).

Hvala!

## POSLEDNJE MEDICINSKE PROMENE

**IME I PREZIME DETETA:** \_\_\_\_\_

**PAŽNJA:** Molimo navedite bilo kakve promene u lekovima ili terapiji koje se odnose na informacije koje ste naveli u obrascima za prijavu, koje ste nam poslali ranije.

LEKOVI		
NAZIV LEKA	DOZA (KOLIČINA I UČESTALOST)	UPRAVA RUTE (oralno, intravenozno, intramuskularno, potkožno i dr.)

Ako je urađeno više testova krvi otkako smo primili vaš obrazac za prijavu, molimo vas priložite kopiju rezultata. Ako postoje još neki planirani testovi, priložite zahtev potpisani od strane lekara koji je zadužen za dete.

<b>JOŠ NEKE PROMENE? (na primer: premeštanje katetera, osvežavajuće vakcinacije ili drugo)? Ako je odgovor da, navedite ovde.</b>

## **VRLO VAŽNO**

**DA LI JE DETE BILO U KONTAKTU SA LJUDIMA KOJI BOLUJU OD MALIH BOGINJA ILI HEPRES ZOSTERA TOKOM POSLEDNJIH NEDELJA?      Da\_\_\_\_ Ne\_\_\_\_**

Ako je odgovor da, kontaktirajte Taniu što je pre moguće (telefon: 0039/0573621754)

**AKO DETE PRIMA INFUZIJU, NAVEDITE DATUM POSLEDNJE?**

**DA LI JE DETETU DOZVOLJENO DA UČESTVUJE U AKTIVNOSTIMA PLIVANJA?    DA\_\_\_\_ NE\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Potpis majke, oca ili zakonskog staratelja

\_\_\_\_\_

Potpis lekara