

IME I PREZIME DETETA: _____

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.

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

INSTRUKCIJE ZA ODRŽAVANJE KATETERA

KOLIKO ČESTO SE ČISTI CVK ? svakih _____ dana

TIP ČIŠĆENJA: fiziološko čišćenje

<input type="checkbox"/> heparinsko čišćenje: koja koncentracija? _____
KOLIKO ČESTO SE MENJA FLASTER? 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 aktivnosti u okviru kampa? (penjanje, jahanje, streličarstvo, bazen, kamp se nalazi u oazi na 1000 metara) Ukoliko da, precizirajte za koju aktivnost. _____

IZJAVA I KONTAKT LEKARA:

Pregledao sam (Ime i prezime deteta) _____ i smatram da je fizički u stanju da učestvujete u aktivnostima D ynamo kampa.

Datum

Pečat i potpis lekara

KAKO KONTAKTIRATI LEKARA ZADUŽENOG ZA FORMULARE

IME I PREZIME:

SPECIJALIZACIJA (Pedijatrija, Onkologija, Hematologija ili drugo):

ADRESA:

BROJ TELEFONA:

BROJ TELEFONA/MOBILNOG ZA HITNE SLUČAJEVE:

E-MAIL:

REFERENTNA BOLNICA

ODELJENJE I IME BOLNICE :

ADRESA:

BROJ TELEFONA: