

**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE  
DYNAMO CAMP  
SEZIONE 2 - INFORMAZIONI MEDICHE  
(a cura del Medico di riferimento)**

NOME E COGNOME DEL PARTECIPANTE \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**EVENTUALI PATOLOGIE:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**MEDICINALI**

Compilate di seguito o scrivete "NO" nel caso il partecipante non faccia uso di farmaci.

FARMACO	POSOLOGIA (Quantità e frequenza- orario)	SOMMINISTRARZIONE (via orale, intravenosa, intramuscolare, sottocutanea...)

**Ricordate che il partecipante dovrà portare al Camp tutto il materiale a lui necessario: farmaci in sufficiente quantità, garze, bendaggi e altro in confezioni originali per tutto il periodo di soggiorno.**

FARMACI CHE NON SI POSSONO SOMMINISTRARE PER SPECIFICHE ESIGENZE:

\_\_\_\_\_

ALLERGIE ALIMENTARI  NO  SI', specificare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALLERGIE AI MEDICINALI  NO  SI', specificare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se sì, ha mai avuto reazione/shock anafilattico?  SI'  NO

Segnalare, se presenti, **PROBLEMI CARDIOPOLMONARI** (se presenti allegare certificato cardiologico recente) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

HA PROBLEMI ALLA VISTA?  NO  SI' \_\_\_\_\_  
HA PROBLEMI DI UDITO?  NO  SI' \_\_\_\_\_  
HA PROBLEMI NELL'ESPRIMERSI?  NO  SI' \_\_\_\_\_  
HA DISABILITA' COGNITIVE?  NO  SI' \_\_\_\_\_  
HA MAI AVUTO CRISI CONVULSIVE ?  
 NO  SI', quando \_\_\_\_\_ di che tipo? \_\_\_\_\_

Ha problemi respiratori?  NO  SI' \_\_\_\_\_

- Utilizza Aspiratore?  NO  SI'  al bisogno \_\_\_\_\_
- Utilizza respirazione assistita?  NO  SI' \_\_\_\_\_  
In caso di SI :  h 24  notturna \_\_\_\_\_
- Utilizza macchina della tosse?  NO  SI' \_\_\_\_\_

## MOBILITA' FISICA

Movimenti degli arti superiori  NO  SI' \_\_\_\_\_  
Manualità fine  NO  SI' \_\_\_\_\_  
Cammina da solo  NO  SI' \_\_\_\_\_ Se aiutato, può camminare?  NO  SI' \_\_\_\_\_  
Usa stampelle?  NO  SI' \_\_\_\_\_ Usa tutori?  NO  SI' \_\_\_\_\_  
Usa la sedia a rotelle?  NO  SI' \_\_\_\_\_ Motorizzata?  NO  SI'  
L'ospite può partecipare alle seguenti attività presenti al camp?  
Arrampicata  SI'  NO Fattoria  SI'  NO  
Tiro con l'arco  SI'  NO Piscina  SI'  NO  
Sport abitualmente praticato \_\_\_\_\_  
Che tipo di assistenza e/o ausili necessita per le manovre di spostamento?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## APPARATO UROGENITALE

Diuresi: \_\_\_\_\_  
Enuresi: \_\_\_\_\_  
**Cateterizzazione**  NO  SI' Sono necessari i pannoloni?  NO  SI'  
**Frequenza e orario** \_\_\_\_\_  
 AUTONOMO  CON ASSISTENZA PARZIALE  CON ASSISTENZA TOTALE  
**Gli deve essere ricordato?**  NO  SI'  
Misura del catetere? \_\_\_\_\_ Irrigazione vescicale \_\_\_\_\_  
con cosa? \_\_\_\_\_  
Frequenza delle infezioni del tratto urinario \_\_\_\_\_  
**Le infezioni del tratto urinario sono solitamente trattate?** \_\_\_\_\_  
**Controllo intestinale:** il camper è incontinente per feci?  NO  SI' Costipato  NO  SI'  
Richiede clisteri  NO  SI' Supposte  NO  SI' Peristeen  NO  SI' quanto spesso? \_\_\_\_\_  
Assistenza per igiene?  NO  SI'  completamente assistito.  assistenza minima

Nome e cognome del partecipante \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**Integrità della pelle:** ci sono lesioni da decubito o altri problemi della pelle?  NO  SI'  
Qual è il trattamento che usa di solito? \_\_\_\_\_

### ALIMENTAZIONE

E' necessario una nutrizione assistita?  SI'  NO Dieta macinata?  SI'  NO

Altra dieta speciale \_\_\_\_\_

Deglutizione regolare  SI'  NO Difficoltosa  SI'  NO

**Se lo ritenete necessario, potete inserire una relazione clinica (scritta a macchina o in stampatello) per fornire ulteriori informazioni utili per una migliore assistenza**

Le informazioni mediche sul paziente \_\_\_\_\_ sono rilasciate dal medico su espressa richiesta del paziente stesso, con espresso esonero di responsabilità del medico sul rilascio delle suddette informazioni ai sensi e per gli effetti della normativa sul trattamento dei dati personali.

### DICHIARAZIONE E CONTATTI DEL MEDICO

Ho visitato il paziente sopra indicato ed a cui la presente scheda medica si riferisce e ritengo che sia fisicamente in grado di intraprendere le attività di Dynamo Camp.

### CONTATTI DEL MEDICO CHE HA COMPILATO I FORMULARI

NOME E COGNOME

SPECIALIZZAZIONE

INDIRIZZO

TEL.

TEL. EMERGENZA/CELL.

EMAIL

DATA

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO