

SCHEDA INFORMATIVA E MEDICA DI PARTECIPAZIONE AL WEEK-END FORMATIVO CON PERNOTTAMENTO PER I RAGAZZI

DATI PARTECIPANTE:

COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Recapiti telefonici (presso i quali prendere contatto con i genitori durante il *week-end*):

Abitazione _____ Cellulare/i _____

Peso del partecipante _____ Statura _____

Struttura Ospedaliera di riferimento _____

Nome del Medico Ref. - _____

Tel. _____

SI LAVA DA SOLO/A? ≤ sì ≤ no

SI VESTE DA SOLO/A? ≤ sì ≤ no

VA IN BAGNO DA SOLO/A? ≤ sì ≤ no

PATOLOGIE ASSOCIATE

CARDIACHE: ≤ sì ≤ no Se sì quale? _____

POLMONARI: ≤ sì ≤ no Se sì quale? _____

NEUROLOGICHE: ≤ sì ≤ no Se sì quale? _____

ALLERGIE:

FARMACI: ≤ sì ≤ no Se sì quale? _____

ALIMENTARI: ≤ sì ≤ no Se sì quale? _____

ALTRE ALLERGIE (animali, pollini, inalanti...) _____

DIABETE / INTOLLERANZA GLUCIDICA: ≤ sì ≤ no

Se sì specificare la terapia

ALTRE PATOLOGIE: _____

INDOSSA CORSETTO ORTOPEDICO: ≤ sì ≤ no

ASSUNZIONE DI TERAPIE FARMACOLOGICHE ≤ sì ≤ no

Se sì specificare il nome del farmaco, la formulazione (compresse, capsule, cerotti, sospensione ecc.), la via di somministrazione, il dosaggio preciso e gli orari di assunzione:

PROBLEMI LEGATI AL RITMO SONNO-VEGLIA:

A che ora è abituato ad addormentarsi _____ A svegliarsi la mattina? _____

Presenta risvegli durante la notte? ≤ sì ≤ no

PROBLEMI COMPORTAMENTALI

Ha comportamenti autolesivi? (skin picking: grattarsi qualche parte del corpo in modo compulsivo fino anche a causare ferite e a farle sanguinare; tricotillomania: tirarsi i capelli o comportamenti autolesivi di altro genere)

o Per niente

o Poco

o Abbastanza

o Molto

Specificare di che tipo: _____

Tende ad essere aggressivo/a verbalmente?

o Per niente

o Poco

o Abbastanza

o Molto

Specificare (per esempio, fa il/la prepotente, minaccia, insulta, ecc)

Tende ad essere aggressivo/a fisicamente?

o Per niente

o Poco

o Abbastanza

o Molto

Specificare (per esempio, picchia, rompe oggetti, ecc)

ALTRI PROBLEMI DA EVIDENZIARE:

Con la sottoscrizione della presente scheda SI SOLLEVA da ogni responsabilità gli accompagnatori nonché l'associazione organizzatrice da fatti dovuti ad eventuali omissioni o mancate informazioni utili, non indicate nella presente scheda medica, al fine del corretto svolgimento delle attività. Inoltre, SI AUTORIZZA:

- la partecipazione dei propri figli alle attività programmate;
- gli accompagnatori, in caso di necessità, a prendere decisioni per il proprio conto.

Data: _____

Firma del genitore _____

ASSOCIAZIONE SINDROME DI PRADER-WILLI CAMPANIA O.D.V. – E.T.S.	Federazione Italiana Prader-Willi
---	-----------------------------------

VIA TANAGRO N. 12 (C/O CONSORZIO LA RADA)- 84132 SALERNO – TEL.: 3316241947/3388060717 FAX. 0892583316
ISCRIZ. REGISTRO UNICO NAZIONALE DEL TERZO SETTORE (RUNTS) DECRETO REGIONE CAMPANIA N. 714 DEL 15.07.2022 DIREZ.GEN/UFF. 5
UOD/STAFF 1

CODICE FISCALE 95058030651

C.C. BANCARIO: GRUPPO INTESA-SANPAOLO – FILIALE ACCENTRATA 55000 IBAN IT11 J030 6909 6061 0000 0107 782

E-MAIL: **HYPERLINK "mailto:praderwillicampania@libero.it"** PRADERWILLICAMPANIA@LIBERO.IT ----- TWITTER

@PWSCAMPANIA--- **PEC** PRADERWILLICAMPANIA@PEC.IT

WWW.PRADERWILLICAMPANIA.IT

