**JELENTKEZÉSI LAP
MHE 2016. évi hemofíliás gyermektáborába**Kérjük, pontosan töltse ki, írja alá és küldje vissza postán a Magyar Hemofília Egyesület részére
(1088 Budapest, Rákóczi út 29., II. em. 7. a.)

**Jelentkező neve**: ……………………………………………………….………….. **TAJ-száma**:……………………………………………….

**Születési idő**: ………...……év ……….…….hó …………nap; **Lakcím:** …………………………………………………………………….

.……………………………………………………………………………; **Szülő** **telefonszáma**……………………………………………………

**Szülő** **E-mail címe:** …………………………………………….……………………………………………………………………………………….

**Vérzékenység típusa:** Hemofília A / Hemofília B / Willebrand / Egyéb: ……………………………………………………..

**Faktorszint:** …………………..%; Testsúly: …………….kg; **Inhibitor:** nem / igen (inhibitor szint: ………….…..………..)

**Kezelési mód:** vérzés esetén / profilaxis; **Ha profilaxis**, akkor hetente …..….. alkalommal……….……egységet

**Otthoni kezelésen van-e a gyerek?** igen / nem Ha igen ki adja be a faktort? szülő / gyerek / …………………..

**Faktorkészítmény neve:** ……………………………..…………. **Alkalmanként beadott egység:** ………………………………

**Kezelőorvos neve:** …………………………………………..….………….; **Telefonszáma:** ……………………………………………….

**Hova jár hemofília gondozásra?** …………………….………………; **Kezelőorvos e-mail címe:** ………………………………

**Van-e valamilyen gyógyszerérzékenysége?** nem / igen (………………………………………….…………………….………..)

**Van-e a vérzékenységen kívül más betegsége?** nem / igen (…………………………………………………………………….)

**Szed-e valamilyen egyéb gyógyszert?** nem / igen (………………………….……………………………………………………….)

**Van-e valamilyen allergiája?** (pl. étel, pollen, jód, gyógyszer) nem / igen (………………………………………….…… ………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………)

**Van-e a szülőnek valamilyen külön kérése a gyermekkel kapcsolatban, amire oda kell figyelni az étkezés, tisztálkodás vagy gyógytorna szempontjából?** ………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Van-e a gyereknek valamilyen mentális vagy a közösségbe való beilleszkedéssel kapcsolatos problémája?** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Tud-e úszni a gyerek?** még nem tud úszni / kezdő szinten tud / jól úszik (………………………………..………………)

**MHE táborban volt-e már?** még nem / igen (…………………………………………………………………………… években)

**Más gyerektáborban volt-e már?** még nem / igen (…………………………………táborban …………..…… években)

**Amennyiben a tábort megelőzően 3 hónappal a gyermeknek valamilyen betegsége, sérülése, műtétje volt, az orvosi dokumentációt feltétlenül hozza magával!**

**A táborba szükséges faktorkészítményt kérje el a gondozóközpontban és hozza magával!**

**Dátum:** …………………………………………………………….

……………………………………….……….. …………………………………………………………..
**Gyermek aláírása** **Szülő aláírása**