|  |
| --- |
| **Domanda di Partecipazione**  **WAY UP – 2025**  **Da rispedire a:** [**connect@associazionecampobase.org**](mailto:connect@associazionecampobase.org) |
| *MODULO B – Informazioni sanitarie –* ***a cura del Medico Specialista oppure di Base*** |
| **Nome e Cognome Partecipante:**    Data di Nascita del Partecipante: |
| **Nome e Cognome, indirizzo del medico che compila il modulo:** |
| Ruolo:   * Medico di Base * Medico Specialista in      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Contatti del medico in caso di necessità**  Numero di telefono:  Email:  *Potreste essere contattati dallo staff di Campo Base per avere ulteriori chiarimenti sullo stato di salute del partecipante, oppure in caso di emergenza se necessario.* |
| **Informazioni Sanitarie sul Paziente** |
| Diagnosi oncologica: |
| Data della diagnosi: |
| Il paziente…  sta attualmente ricevendo cure mediche relative a questa diagnosi?  SI /  NO (Descrivere) |
| È in corso il mantenimento?  SI /  NO Descrivere: |
| È in remissione?  SI /  NO Data remissione: |
| Ha avuto ricadute?  SI /  NO Data ricadute: |
| Ha ricevuto chemioterapia?  SI /  NO Data della chemioterapia più recente: |
| Ha ricevuto radioterapia?  SI /  NO  Se sì quando ed in quale parte del corpo: |
| Elencare eventuali interventi chirurgici: |
| Elencare tutte le terapie attualmente in corso, dosaggi e frequenze.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | *Farmaco* | *Dose* | *Via somministrazione* | *Giorni/Orari* | *Note* | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
| E’ autonomo nella somministrazione di tali terapie?  SI /  NO |
| Ha altre patologie? |
| Ha mai avuto una crisi convulsiva?  SI /  NO Data dell’ultima crisi:  Circostanze (stress, stimolazione sensoriale…): |
| Allergie o intolleranze note (alimentari, ambientali, a farmaci…): |
| E’ coperto da vaccinazione antitetanica?  SI /  NO Anno ultimo richiamo: |
| Ha attualmente un CVC?  SI /  NO Ha ferite aperte o altre vie aperte?  SI /  NO |
| Può fare il bagno in piscina/lago/mare?  SI /  NO |
| Ha amputazioni/protesi?  SI /  NO |
| Usa ausili per la deambulazione (stampelle, deambulatore, altro)?  SI /  NO Specificare e descrivere l’attuale situazione di deambulazione. |
| Ha deficit visivi/uditivi/ sensoriali?  SI /  NO (Descrivere) |
| Ha difficoltà cognitive?  SI /  NO (Descrivere) |
| Ha una storia di difficoltà psicologiche o psichiatriche che possano impattare la sua partecipazione al progetto? (Ansia, Depressione…) |
| Il paziente potrebbe avere gravi conseguenze se sottoposto a sforzi fisici brevi o prolungati? (ad esempio, se dovesse affrontare un’escursione a piedi in leggera salita di 4h oppure salire 6 rampe di scale) |
| Elencare eventuali difficoltà che il paziente potrebbe avere sulle attività sportive (debolezze muscolo-scheletriche, movimenti limitati, neuropatie…) |
| Ha mai avuto vertigini/capogiri/sensazioni di instabilità o perdita d’equilibrio? (Se si, specificare.) |
| Prende farmaci anticoagulanti/fluidificanti del sangue? |
| Ha mai sofferto di problemi con l’altitudine (mal di montagna)?  SI /  NO  C’è qualche motivo per cui uno sbalzo di altitudine di circa 1200m e la permanenza ad un’altitudine di 2000m potrebbe causargli delle difficoltà? (difficoltà respiratorie, polmonari, masse cerebrali delicate, trombosi…) |
| É controindicata la pratica di qualche sport? |
| Note: |
| **Privacy e dati personali MEDICO**  Presa visione dell’informativa sul REGOLAMENTO UE 2016/ 679 riportata in calce/in allegato,   |  |  | | --- | --- | | * **AUTORIZZO** | * **NON AUTORIZZO** |   Castel Campo e Associazione Campo Base APS ETS ad effettuare/far effettuare il trattamento dei miei dati personali per le finalità e con le modalità indicate nell’informativa stessa.  ***(AUTORIZZAZIONE NECESSARIA - SOLO PER ARCHIVIARE I MODULI STESSI)*** |
| Data:       Timbro e firma: |

**Da rispedire a:** [**connect@associazionecampobase.org**](mailto:connect@associazionecampobase.org)

**GRAZIE!**

