|  |
| --- |
| **Domanda di Partecipazione****WAY UP – 2025****Da rispedire a:** **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**

**GRAZIE!**

