



BbsS

Bambini con bisogni sanitari Speciali

Scheda sanitaria ed anagrafica Bambino con Bisogni Sanitari Speciali

Data di compilazione del modulo:	Ultima modifica:	Sigla
Nome e qualifica di chi compila il modulo:	Ultima modifica:	Sigla
Sostituisce documento precedente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> Sigla

Dati anagrafici del bambino e dei Caregivers di riferimento:

Nome e Cognome:	Data di nascita:	Soprannome:
Indirizzo di casa:	Telefono di casa e del lavoro:	
Nome genitori:	Persone da contattare in caso di emergenza: (Nomi, grado di parentela, numeri di telefono):	
Firma dei genitori per il consenso:		
Madrelingua:		

Sanitari di riferimento e Centrale 1-1-8 competente:

Centrale Operativa 1-1-8 di riferimento:	Numero di telefono di emergenza: 1-1-8 Medico di riferimento: Telefono: Fax: e-mail:
Medico di base:	Numero di telefono del medico in caso di emergenza: Fax: e-mail:
Medico specialista che abitualmente segue il paziente: Specializzazione in:	Numero di telefono del medico in caso di emergenza: Fax: e-mail:
Medico specialista che abitualmente segue il paziente: Specializzazione in:	Numero di telefono del medico in caso di emergenza: Fax: e-mail:
Farmacia di riferimento:	Numero di telefono del medico in caso di emergenza: Fax: e-mail:
Pronto soccorso di riferimento:	Numero di telefono del medico in caso di emergenza: Fax: e-mail:
Ospedale di riferimento con il più alto grado di specializzazione:	Numero di telefono del medico in caso di emergenza: Fax: e-mail:

Dati clinici:

Sintesi anamnestica:
Diagnosi principale:
Diagnosi accessorie:
Esame fisico di base:

Parametri vitali di base (parametri rilevati quando il bambino sta bene, Children Baseline): FC: FR: SpO ₂ : PA: HGT: CRT:
Status neurologico di base (come è il bambino quando sta bene):
Riassunto delle condizioni cliniche generali del bambino (children baseline):
Medicinali assunti e posologia abituale:
Risultati degli esami clinici di rilievo (esami ematochimici, RX, ECG....)
Protesi, apparecchi, dispositivi tecnologici avanzati:

Ventilazione/Usò di apparecchiature salvavita

Utilizza ventilatore meccanico domiciliare:	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> TIPO E MODELLO _____
IN:	<input type="checkbox"/> Ventilazione non invasiva tramite _____ <input type="checkbox"/> Ventilazione per via tracheostomica in modalità _____ <input type="checkbox"/> Altro _____
Parametri principali: IPAP _____ EPAP _____ FR _____	
E' dipendente dal ventilatore: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Necessita di sola ventilazione notturna NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Necessita di ossigeno suppletivo NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Necessita di assistenza alla tosse NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
In caso di ricovero, trasportare insieme al Paziente le seguenti apparecchiature: Ventilatore meccanico NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Apparecchio per la tosse NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Aspiratore NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Umidificatore attivo NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	

Dati per il trattamento:

Allergie: farmaci e alimenti da evitare	Motivazione:
Procedure mediche da evitare:	Motivazione:

Status vaccinale ed eventuali antibiotico profilassi necessarie:

Date di vaccinazione:	Epatite B
OPV antipoliomelite orale	Varicella
MMR triple virica	TB status
HIB <i>H. influenza</i> tipo B	Altro
Profilassi con antibiotico: diagnosi per cui è richiesto un trattamento preventivo con antibiotico:	
Problemi che si presentano in seguito ad un trattamento specifico:	
Commenti riguardo al bambino, alla famiglia o a specifiche problematiche mediche:	

Data

Medico compilatore