



INFORMAÇÃO MÉDICA ADICIONAL

A preencher pela organização	
	Datas:
Recepção da Informação	

(para participantes com distúrbio hemorrágico hereditário. POR FAVOR PREENCHA TODOS OS CAMPOS. SÃO MUITO IMPORTANTES!)

Informação Pessoal

Nome do participante:	
-----------------------	--

Informação Médica

Distúrbio Hemorrágico Hereditário	Sim ☐
	Peso: _____ kg Idade: _____
	Tipo de Hemofilia • A ☐ B ☐ C ☐ • Leve ☐ Moderada ☐ Grave ☐ Factor _____ %
	Tipo VW: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
	Outro Distúrbio Hemorrágico Hereditário: • Qual? _____
	• Hospital onde é seguido? _____
	• Contactos de Urgência do Médico assistente: _____
	• Faz Auto-Tratamento? Sim ☐ Não ☐
	• Faz Profilaxia? Sim ☐ Não ☐
	• Se Sim:
	• Qual a dose de factor que faz? _____
	• Dias da semana em que faz: _____
	• Qual a marca do Factor que usa: _____
	• Tem Inibidores? Sim ☐ Não ☐
	• Qual o tipo de tratamento que faz para os inibidores? _____
	• Já teve Inibidores? Sim ☐ Não ☐
	• Se Sim, há quanto tempo teve Inibidores? _____
	• Tem dificuldade de locomoção? Sim ☐ Não ☐
	• Necessita de algum meio auxiliar? Cadeira de Rodas ☐ Canadianas ☐
Alergias ou doenças:	
Instruções medicamentosas:	

É
O
B
R
I
G
A
T
Ó
R
I
O

L
E
V
A
R

F
A
C
T
O
R

Os Encarregados de Educação

Nome: Pai _____

Mãe _____

Pode enviar para: info@aphemofilia.pt ou por correio