

ENCONTRO DE JOVENS 17 a 19 de Julho 2026

Campo Aventura - Óbidos

Ficha de Inscrição

Data limite de Inscrição: 15 de Junho

Informação Pessoal

| | |
|--|------------------------------|
| Tens um distúrbio hemorrágico <input type="checkbox"/> Sim (Se Sim, preencher tabela de Informação Médica) <input type="checkbox"/> Não (Se Não, indicar nome e distúrbio do familiar) | |
| Nome: _____ | Distúrbio Hemorrágico: _____ |
| Nome: _____ | |
| Data de nascimento ___/___/____ Associado da APH nº: _____ | |
| E-mail: _____ | |
| Contactos (tlm): (dia) _____ | (noite) _____ |
| Outra pessoa para contacto: _____ | Grau de parentesco: _____ |
| Contactos(tlm): (dia) _____ | (noite) _____ |

Informação Médica

| | |
|------------------------------|--|
| Distúrbio Hemorrágico | Tipo de Hemofilia: • A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> • Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Factor ____% |
| | Tipo VW: • 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> • Outro Distúrbio Hemorrágico: Qual? _____ • Hospital onde é seguido? _____ • Contactos de Urgência do Médico assistente: _____ • Faz Auto-Tratamento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> • Faz Profilaxia? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> • Marca do Factor: _____ • Dose de factor que faz em profilaxia? _____ • Dias da semana que faz profilaxia/tratamento? _____ • Inibidores? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> • Tem dificuldade de locomoção? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |

É OBRIGATÓRIO LEVAR FACTOR!

Alergias ou doenças/ Instruções medicamentosas: _____

Restrições alimentares ou outras indicações uteis à organização: _____

***A inscrição engloba 2 noites de alojamento no Campo Aventura com refeições incluídas.**