

SOLICITUD Y FICHA FAMILIAR

ENCUENTRO DE FAMILIAS DE JÓVENES CON HEMOFILIA U OTRAS COAGULOPATÍAS CONGÉNITAS ENTRE 12 Y 18 AÑOS – EDICIÓN ONLINE

Sábado 28 de noviembre 2020 – Horario: 9.30 a 14.00 / 16.00 a 18.00
(Familias de jóvenes con hemofilia y otras coagulopatías congénitas de entre 12 y 18 años)

1. IDENTIFICACIÓN

Domicilio:				
Población		Provincia		C.P.
E-mail:				
Teléfonos de contacto:				
Asociación a la que pertenece:				

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR:

PADRE/MADRE	PADRE/MADRE			
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:			
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:			
Trabajo/ocupación:	Trabajo/ocupación:			
Estudios:	Estudios:			
Afectado de hemofilia u otra coagulopatía: (Sí / No / especificar cuál)	Afectado de hemofilia u otra coagulopatía: (Sí / No / especificar cuál)			
Asiste a esta taller online: (Sí / No)	Asiste a este taller online: (Sí / No)			
Asiste a esta taller online: (Sí / No)	Asiste a este taller online: (Sí / No)			
OTROS DATOS (ESPECIFICAR ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES)				
	SÍ	NO	Menos de 1 año	Hace más 2 años
Padres separados				
Padres divorciados				
Padre fallecido				
Madre fallecida				

3. DATOS DE SALUD (COAGULOPATÍAS)

RELLENA LOS SIGUIENTES DATOS DE AQUELLOS DE VUESTROS/AS HIJOS/AS CON HEMOFILIA, OTRA COAGULOPATÍA CONGÉNITA o PORTADORA:

NOMBRE Y APELLIDOS (1)			
Fecha de nacimiento			
Tipo y grado de hemofilia			
Tiene inhibidor	SÍ	NO	
Lleva port-a-cath	SÍ	NO	
Von Willebrand	SÍ	NO	TIPO:
Otra coagulopatía congénita (especificar cuál)			
Portadora de hemofilia	SÍ	NO	
Estudio de portadora realizado	SÍ	NO	
Tratamiento hematológico:			
Nombre del medicamento			
Si está en profilaxis días de administración y UI (unidades)			
Hospital y médico de referencia			

NOMBRE Y APELLIDOS (2)			
Fecha de nacimiento			
Tipo y grado de hemofilia			
Tiene inhibidor	SÍ	NO	
Lleva port-a-cath	SÍ	NO	
Von Willebrand	SÍ	NO	TIPO:
Otra coagulopatía congénita (especificar cuál)			
Portadora de hemofilia	SÍ	NO	
Estudio de portadora realizado	SÍ	NO	
Tratamiento hematológico:			
Nombre del medicamento			
Si está en profilaxis días de administración y UI (unidades)			
Hospital y médico de referencia			

NOMBRE Y APELLIDOS (3)			
Fecha de nacimiento			
Tipo y grado de hemofilia			
Tiene inhibidor	SÍ	NO	
Lleva port-a-cath	SÍ	NO	
Von Willebrand	SÍ	NO	TIPO:
Otra coagulopatía congénita (especificar cuál)			
Portadora de hemofilia	SÍ	NO	
Estudio de portadora realizado	SÍ	NO	
Tratamiento hematológico:			
Nombre del medicamento			
Si está en profilaxis días de administración y UI (unidades)			
Hospital y médico de referencia			

4. ENTORNO SOCIAL:

El conocimiento de la hemofilia u otra coagulopatía en vuestro entorno ¿Diríais que es positivo o habéis tenido experiencias negativas?:

¿Cómo os ha afectado y afecta la patología de tu hijo/a en el día a día?

Esfera personal	Nada	A veces	Algo	Mucho
Esfera familiar	Nada	A veces	Algo	Mucho
Esfera social	Nada	A veces	Algo	Mucho
Esfera laboral	Nada	A veces	Algo	Mucho
Observaciones:				

5. ¿QUÉ TEMAS TE GUSTARÍA TRATAR?

6. OBSERVACIONES:

___ de _____ de 2020.