



fedhemo

Federación Española de Hemofilia

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN PARA HEMOJUVE 2020

Jornadas de formación en hemofilia y otras coagulopatías congénitas

Días 3, 10, 17 y 24 de noviembre de 2020. (13 - 19 años)

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos:				
D.N.I.				
Edad:		Fecha de nacimiento		
Domicilio:				
Provincia		Comunidad Autónoma		
E-mail:				
Teléfonos de contacto:				
Estudios				
Asociación:				
¿Es la primera vez que participas en HEMOJUVE?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿En cuántas ediciones has participado? (indica número de veces)				

2. SITUACIÓN SOCIOSANITARIA

Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tipo A	<input type="checkbox"/> Tipo B
Grado	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Grave	
Inhibidor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Port-a-cath	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Von Willebrand	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Otra coagulopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí	Indicar: _____		
Portadora	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sintomática	<input type="checkbox"/> Asintomática	
Realizado Estudio de Portadora:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Tratamiento	Nombre del factor _____			
	Marca/Casa comercial _____			
	Hospital de referencia _____			
	<input type="checkbox"/> Sí.	Indicar: _____		

¿Sabe realizar autotratamiento?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	NO
¿Ha tenido algún hemartro en los últimos doce meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Dónde?				

Modalidad de tratamiento. Haz una cruz en el que corresponda e indica el modo y días.				
<input type="checkbox"/> Profilaxis	Días a la semana:		Unidades:	
<input type="checkbox"/> A demanda			Unidades:	
<input type="checkbox"/> Domiciliario	<input type="checkbox"/> Hospitalario	<input type="checkbox"/> Ambulatorio		



fedhemo

Federación Española de Hemofilia

3. ESTUDIOS

Último curso realizado	
------------------------	--

Resultados:	<input type="checkbox"/> Satisfactorios	<input type="checkbox"/> Regulares	<input type="checkbox"/> Insatisfactorios
-------------	---	------------------------------------	---

4. ACTIVIDADES / AFICIONES

Deportivas	
De ocio	
Culturales	
Otras	

5. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

Temas que te gustaría tratar

.....

.....

.....

6. AUTORIZACIÓN FAMILIAR/TUTOR LEGAL.

D/D^a _____ como padre/madre y/o tutor legal solicito y autorizo a _____ para que asista a las "Jornadas de Formación online en Hemofilia u otras coagulopatías congénitas para adolescentes de 13 a 19 años", organizadas por la *Federación Española de Hemofilia* a celebrar los días 3, 10, 17 y 24 de noviembre vía online".

___de _____de 2020.

Fdo. _____

Señale su caso:

<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Tutor legal
--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	-------------