

Declaración médica para el cuidado de menores afectados/as de cáncer u otra enfermedad grave

1. DATOS SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
N.º Seguridad Social	DNI-NIE-Pasaporte	Teléfono
Relación con el/la menor		
PROGENITOR/A <input type="checkbox"/>	ACOGEDOR-A PREADOPTIVO-A/PERMANENTE <input type="checkbox"/>	
ADOPTANTE <input type="checkbox"/>	TUTOR/A <input type="checkbox"/>	

2. DATOS MÉDICO/A RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL/DE LA PACIENTE MENOR

Apellidos y nombre		Número de colegiado
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro sanitario	Localidad
Servicio Público de Salud		<input type="checkbox"/>
Entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud		<input type="checkbox"/>

3. DATOS PACIENTE MENOR

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
Fecha de nacimiento	DNI-NIE-Pasaporte	Localidad	
Diagnóstico			
Fecha ingreso hospitalario	Hospital		
Desde	hasta		
Evaluación de necesidades de cuidado directo continuo y permanente			
A			
1. Terapias intravenosas y subcutáneas			
Antibióterapia <input type="checkbox"/>	Quimioterapia <input type="checkbox"/>	Fluidoterapia <input type="checkbox"/>	Transfusiones <input type="checkbox"/>
	Analgesia <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
2. Terapias nutricionales / digestivas			
Nutrición enteral diurna <input type="checkbox"/>	Nutrición enteral nocturna <input type="checkbox"/>	Nutrición parenteral diurna <input type="checkbox"/>	Nutrición parenteral nocturna <input type="checkbox"/>
Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	Gastrostomía <input type="checkbox"/>	Yeyunostomía <input type="checkbox"/>	Ileostomía <input type="checkbox"/>
Colostomía <input type="checkbox"/>			

3. Terapias respiratorias			
Traqueostomía <input type="checkbox"/>	Ventilación mecánica invasiva <input type="checkbox"/>	Ventilación mecánica no invasiva diurna <input type="checkbox"/>	Ventilación mecánica no invasiva exclusiva nocturna <input type="checkbox"/>
Aspiración de secreciones <input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia <input type="checkbox"/>	Asistente de la tos <input type="checkbox"/>	Marcapasos diafragmático <input type="checkbox"/>
Movilización mucociliar chalecos <input type="checkbox"/>			
4. Cuidados quirúrgicos			
Cura quirúrgica <input type="checkbox"/>	Cura compleja <input type="checkbox"/>	Cuidados ostomías <input type="checkbox"/>	
5. Terapias urológicas / nefrológicas			
Sonda vesical intermitente <input type="checkbox"/>	Cistostomía permanente <input type="checkbox"/>	Ureterostomía <input type="checkbox"/>	Hemodiálisis <input type="checkbox"/>
Diálisis peritoneal <input type="checkbox"/>			
6. Monitorización			
Neumocardiograma <input type="checkbox"/>			
B			
A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el/la menor requiere de cuidados específicos por las siguientes razones:			
a) Inmunosupresión importante	<input type="checkbox"/>		
b) Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad	<input type="checkbox"/>		
c) Epilepsia de difícil control	<input type="checkbox"/>		
d) Otros: (especificar detalladamente)	<input type="checkbox"/>		
.....			
.....			
C			
¿Dadas sus condiciones, el/la paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día?			
Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene un centro asignado?			
Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
D			
¿En el momento actual se encuentra en situación basal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización?			
Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	

4. CERTIFICADO MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Apellidos y nombre		Número de colegiado/a
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro sanitario	Localidad

5. PERIODO ESTIMADO DE LA DURACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADO DIRECTO, CONTINUO Y PERMANENTE POR PARTE DEL PROGENITOR / ACOGEDOR / ADOPTANTE / TUTOR – DE LA PROGENITORA / ACOGEDORA / ADOPTANTE / TUTORA

Desde hasta
Firmado en a de de
Firma y sello del colegiado/de la colegiada del Servicio Público de Salud