

Declaració mèdica per a la cura de menors afectats/des de càncer o una altra malaltia greu

1. DADES SOL·LICITANT DE LA PRESTACIÓ

Primer cognom	Segon cognom	Nom
N. Seguretat Social	DNI-NIE-Passaport	Telèfon
Relació amb el/la menor		
PROGENITOR/A <input type="checkbox"/>	ACOLLIDOR-A PREADOPTIU-VA/PERMANENT <input type="checkbox"/>	
ADOPTANT <input type="checkbox"/>	TUTOR/A <input type="checkbox"/>	

2. DADES DEL METGE/SSA RESPONSABLE DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA DEL/DE LA PACIENT MENOR

Cognoms i nom	Número de col·legiat/da	
Especialitat/Càrrec	Hospital/Centre sanitari	Localitat
Servei Públic de Salut <input type="checkbox"/>		
Entitat sanitària concertada amb el Servei Públic de Salut <input type="checkbox"/>		

3. DADES PACIENT MENOR

Primer cognom	Segon cognom	Nom	
Data de naixement	DNI-NIE-Passaport	Localitat	
Diagnòstic			
Data ingress hospitalari		Hospital	
Des de fins			
Avaluació de necessitats de cura directa contínua i permanent			
A			
1. Teràpies intravenoses i subcutànies			
Antibioteràpia <input type="checkbox"/>	Quimioteràpia <input type="checkbox"/>	Fluïdoteràpia <input type="checkbox"/>	Transfusions <input type="checkbox"/>
	Analgesia <input type="checkbox"/>	Altres <input type="checkbox"/>	
2. Teràpies nutricionals / digestives			
Nutrició enteral diürna <input type="checkbox"/>	Nutrició enteral nocturna <input type="checkbox"/>	Nutrició parenteral diürna <input type="checkbox"/>	Nutrició parenteral nocturna <input type="checkbox"/>
Sonda nasogàstrica <input type="checkbox"/>	Gastrostomia <input type="checkbox"/>	Jejunostomia <input type="checkbox"/>	Ileostomia <input type="checkbox"/>
Colostomia <input type="checkbox"/>			

3. Teràpies respiratòries			
Traqueostomia <input type="checkbox"/>	Ventilació mecànica invasiva <input type="checkbox"/>	Ventilació mecànica no Invasiva diürna <input type="checkbox"/>	Ventilació mecànica no Invasiva exclusiva nocturna <input type="checkbox"/>
Aspiració de secrecions <input type="checkbox"/>	Oxigenoteràpia <input type="checkbox"/>	Assistent de la tos <input type="checkbox"/>	Marcapassos diafragmàtic <input type="checkbox"/>
Mobilització mucociliar jupetins <input type="checkbox"/>			
4. Cures quirúrgiques			
Cura quirúrgica <input type="checkbox"/>	Cura complexa <input type="checkbox"/>	Cures ostomies <input type="checkbox"/>	
5. Teràpies urològiques / nefrològiques			
Sondatge vesical intermitent <input type="checkbox"/>	Cistostomia permanent <input type="checkbox"/>	Ureterostomia <input type="checkbox"/>	Hemodiàlisis <input type="checkbox"/>
Diàlisis peritoneal <input type="checkbox"/>			
6. Monitorització			
Pneumocardiograma <input type="checkbox"/>			
B			
Malgrat no presentar els requeriments previs, es considera que el/la menor requereix de cures específiques per les següents raons:			
a) Immunosupressió important	<input type="checkbox"/>		
b) Cures pal·liatives en qualsevol pacient en fase terminal de la seua malaltia	<input type="checkbox"/>		
c) Epilèpsia de difícil control	<input type="checkbox"/>		
d) Unes altres: (Especifiqueu-les detalladament)	<input type="checkbox"/>		
.....			
.....			
C			
Tenint en compte les seues condicions, el/la pacient pot acudir a un centre educatiu o a un centre terapèutic especialitzat en les seues cures durant el dia?			
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Té un centre assignat?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
D			
En el moment actual es troba en situació basal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En cas de contestar "NO", la seua situació actual implica un augment de les seues cures o de necessitat de vigilància i/o monitoratge?			
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
4. CERTIFICAT MÈDIC DEL SERVEI PÚBLIC DE SALUT			
Cognoms i nom		Número de col·legiat/da	
Especialitat/Càrrec	Hospital/Centre sanitari	Localitat	
5. PERÍODE ESTIMAT DE LA DURADA DE LA NECESSITAT DE CURA DIRECTA, CONTÍNUA I PERMANENT PER PART DEL PROGENITOR / ACOLLIDOR / ADOPTANT / TUTOR - PROGENITORA/ ACOLLIDORA / ADOPTANT / TUTORA			
Des de fins			
Signat en a de de 20.....			
Signatura i segell del col·legiat/de la col·legiada del Servei Públic de Salut			